

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Gabriel WINTZER

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 21 juin 1898
Interne des Hôpitaux de Nantes et de l'Ecole départementale
des Accouchements
Préparateur d'Histologie à l'Ecole de Médecine

LE

TRAITEMENT DU ZONA

PAR

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 FOIX. Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERRER. . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LÉPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
RATHERY . . Clinique médicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Modeste témoignage de ma plus profonde affection.

A MES PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.*

Hommage respectueux.

A NOTRE CHER MAITRE

M. LE PROFESSEUR G. BUREAU

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Bactériologie et d'Hygiène à l'Ecole de Médecine

Professeur de clinique des maladies cutanées

et syphilitiques à l'Hôtel-Dieu

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses précieux conseils.*

*Hommage de notre respectueuse re-
connaissance.*

A NOTRE CHER MAITRE

M. LE PROFESSEUR H. LERAT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a initié à la chirurgie et
nous a accueilli si aimablement dans
son service au début de nos études
médicales. En témoignage de notre
respectueux attachement pour ses pré-
cieux enseignements et sa grande
bienveillance.*

A NOS MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAITRES

MM. A. MONNIER ET CASTAGNARY

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
le préparateur.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS POISSON, M. BUREAU, THIBAUD,
GENDRON, H. LERAT, LE MEIGNEN, GUILBAUD (*in
memoriam*), E. BUREAU, L. SOURDILLE, FAVREUL,
MIRALLIÉ, J. SÉBILLEAU, A. MONNIER, BAHUAUD,
JOÛON, GROSSE, MOUTIER, PICARD.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève ou l'externe.*

MM. LES DOCTEURS BENON, G. BUREAU, GOURDET,
G. SOURDILLE, BALLEREAU, TEXIER, LEVESQUE,
H. LERAT, M. SOURDILLE, MOISNARD, F. LERAT,
U. MONNIER.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*

LE TRAITEMENT DU ZONA

PAR

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

DÉFINITION

L'autohémothérapie est une méthode thérapeutique de date récente qui consiste à réinjecter sous la peau ou dans les masses musculaires du malade, une certaine quantité de son propre sang prélevé extemporanément par ponction veineuse.

A côté de la sérothérapie spécifique qui emploie le sérum d'animaux immunisés, a pris naissance, il y a quelques années, cette nouvelle thérapeutique basée sur l'utilisation des humeurs de l'organisme malade lui-même.

Nous allons voir les différentes étapes par lesquelles on fut amené de l'hémothérapie en général, à recourir à l'autosérothérapie, puis à l'homosérothérapie, enfin à l'autohémothérapie.

HISTORIQUE

L'emploi des injections de sang est de pratique assez ancienne.

Dumollard signale que, dès l'année 1667, Denis de Montpellier pratiqua pour la première fois, l'homothérapie sous-cutanée ou intra-musculaire, l'état d'un malade lui ayant fait craindre les dangereux effets d'une transfusion sanguine intra-veineuse.

A la fin du ^{xvii}e siècle, on essaya des injections de sang sur des malades qu'on venait de saigner, s'il faut en croire Sprengel dans son *Histoire de la Médecine*.

De même, A. Dumas dans l'*Histoire sur Louis XV et sa cour*, fait allusion à cette thérapeutique par le sang, connue sous le nom d'homohémothérapie. Le comte de Charolais, atteint d'une dartre vive, fit venir vers 1750 un savant mongol qui le traita de la manière suivante : « Tous les vendredis, le médecin tirait au malade huit onces de sang corrompu ; puis il lui injectait dans la veine ouverte une égale quantité de sang humain. Ce sang devait être extrait du corps d'un enfant n'ayant pas encore atteint l'âge de la puberté. »

Etant donnés le peu d'asepsie et les dangers d'infection que courait le malade, cette pratique fut vite délaissée et tomba dans l'oubli.

L'hémothérapie est perdue de vue jusqu'en 1875 où A. Voisin l'utilisa de nouveau pour le traitement de deux aliénés cachectiques par des injections répétées de sérum défibriné.

A la même époque, Pasteur et Roux, les premiers, étudiaient les sérums d'animaux immunisés, expérimentalement l'injection du sérum d'animal normal, sérum non spécifique (hétérosérophothérapie), puis des protéines diverses (protéinothérapie) enfin des exsudats pathologiques et du sérum du malade lui-même (autosérophothérapie).

En 1894, Gilbert (de Genève), fit connaître au Congrès de Rome une méthode de traitement des épanchements pleuraux qui consiste à injecter sous la peau du malade une certaine quantité de son propre liquide pleural. On donna à cette nouvelle méthode le nom, d'ailleurs impropre, d'« autosérothérapie de la pleurésie. »

Dès 1910, la question entre dans une ère plus active : au cours de cette année, survient une phase où abondent des travaux de dermatologistes allemands qui traitent à nouveau leurs malades par l'homosérothérapie. Mayer et Lindser guérissent une femme atteinte d'herpès gestationis en lui injectant, par voie intraveineuse, le sérum d'une femme enceinte normale : une récurrence survenue cinq semaines après ce traitement disparut de la même façon. Puis ils élargissent le cadre de leur thérapeutique et pratiquent des injections de sérum humain chez des malades atteints de prurigo, d'eczéma, d'urticaire, de prurit sénile.

En décembre 1911, Rohmer de Nancy créa l'autosérothérapie oculaire : il injectait sous la conjonctive un peu de sérosité recueillie dans une ampoule provoquée par un vésicatoire appliqué sur le malade lui-même.

Modinos utilisait déjà le même procédé contre diverses maladies infectieuses.

Mais limitons nos recherches aux essais pratiqués dans les affections cutanées :

En 1912, Spiethof et Heuck vont plus loin encore et publient des résultats intéressants concernant des malades porteurs de psoriasis, de dermatite de Durhing, de strophulus.

Lindser et Heuck, dans diverses dermatoses injectent du sérum prélevé sur un homme normal.

Toujours la même année, la question est reprise par divers auteurs français. MM. Sicard et Guttman font une série de recherches sur ce sujet et substituent l'autohémothérapie à l'autosérothérapie : ils étudient et utilisent l'hémothérapie de façon courante dans diverses maladies. Ils l'emploient pour le traitement des épileptiques et à de très fortes doses, « puisqu'ils injectent aux malades de 60 à 80 centimètres cubes de leur propre sérum sans observer le moindre incident » : le mal initial d'ailleurs ne semble pas amélioré.

En septembre 1912, M. F. Ramond préconise à nouveau l'autohémothérapie comme traitement des hémoptysies chez les tuberculeux. Il lui attribue « des principes coagulants et des effets bienfaisants sur la fièvre et l'état général ».

En 1913, on découvre l'application de ces diverses méthodes au traitement des dermatoses.

Spiethof commence par emprunter le sérum à un autre organisme humain; puis, mieux encore, il montre que le propre sérum du malade suffit à donner les mêmes résultats: toujours par voie intraveineuse, il injecte ainsi au malade son propre sérum. D'où utilisation de cette autosérothérapie dans toute une série de dermatoses. A la suite de ces premiers essais d'auto-sérothérapie, il enregistre les mêmes succès, et cet auteur apporte donc un élément nouveau très important à la question en montrant « que l'autosérothérapie donne des résultats aussi satisfaisants que l'homosérothérapie ».

C'est alors que Ravaut, en 1913, après avoir aussi pratiqué l'autosérothérapie, eut l'idée de simplifier la méthode, surtout pour éviter l'infection du sérum au cours de sa préparation et supprimer les manipulations nécessaires à l'obtention d'un sérum stérile: il rechercha si l'injection du sang total, prélevé extemporanément, ne produirait pas des résultats analogues à ceux de l'autosérothérapie. Il utilise non plus le sérum seul, mais le sang complet du malade qu'il prélève dans une veine du pli du coude et qu'il réinjecte aussitôt « sous la peau du ventre ou mieux dans les muscles de la fesse ».

C'est donc à Ravaut que revient l'honneur d'avoir employé pour la première fois en France, l'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses. Il obtint un certain nombre de résultats très intéressants, sinon superposables, du moins analogues à ceux obtenus par l'autosérothérapie.

Dans son premier essai, Ravaut rapporte dix observations de dermatoses traitées par cette méthode: un cas de dermatite exfoliatrice chronique peu améliorée, deux cas d'eczéma suivis de guérison, un cas de lichen de Wilson chez lequel deux injections furent sans effet, 3 cas de psoriasis dont les éléments furent peu modifiés, enfin 3 cas d'acné traités avec succès.

Tout à fait indépendamment des travaux parus en France,

Praetorius en Allemagne, guérit un pemphigus grave par une seule injection de sang humain prélevé sur le mari de la malade : cet auteur estime que l'injection intraveineuse de sang total non défibriné n'expose pas au danger d'une embolie, pourvu que l'on procède rapidement et que l'on emploie une aiguille assez fine.

Spiethof, presque en même temps que Ravaut, substitue à l'autosérothérapie, l'autohémothérapie qu'il pratique de la façon suivante : une ligature ayant été placée sur le bras du malade, on fait couler le sang de la veine cubitale directement dans une seringue en verre : lorsque celle-ci contient une quantité voulue de sang, on enlève la ligature et on insinue dans la canule restée en place une canule plus fine, à travers laquelle le sang est réinjecté aussitôt. Les effets thérapeutiques de cette méthode se confondent avec ceux de l'autosérothérapie d'après l'auteur.

Depuis cette époque, nombreux ont été les essais d'autohémothérapie tentés aussi bien en dermatologie que dans les autres affections.

L'histoire de l'autohémothérapie nous apprend que cette méthode a été utilisée dans diverses maladies.

Passons en revue les nombreux cas de médecine générale où elle fut employée.

Nous savons que Ramond obtenait avec cette méthode des résultats assez heureux dans le traitement des hémoptysies chez les tuberculeux. Mouriquand lui doit des succès dans la maladie de Schoenlein et les anémies cryptogénétiques. Durand obtient de très bons résultats dans la migraine, Sicard, dans le rhume des foins, Kahn et Emskeimer dans l'asthme. Brodin, Lesné et Saint-Girons s'en servirent aussi dans des cas de grippe, mais « ils n'utilisaient que le plasma sanguin à des doses variant entre 100 et 200 centimètres cubes ».

Il faut aussi citer un cas où l'autohémothérapie a rendu service pour arrêter des hémorragies consécutives à l'injection de novarsénobenzol. Sicard, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 3 novembre 1922, à propos d'une communication précédente de E. Weil et I. Weil, a utilisé cette thérapeutique en injectant sous la peau de l'abdomen ou de la cuisse de 100 à 120 centimètres cubes de sang. Il a obtenu un très bon résultat.

Girbal, de Marseille, a utilisé l'autohémothérapie chez une malade atteinte de fièvre de Malte et a pu voir la température tomber après la quatrième injection. Quelques semaines après, la malade sortait de l'hôpital ne présentant plus d'accès fébriles.

Cette méthode semble avoir réussi dans diverses affections hémorragiques : hémophilie, purpura, anémies (Crespin, Lelouche). Elle a été essayée dans des maladies infectieuses (Galup-Mouriquand-Ramond).

En obstétrique contre les vomissements incoercibles (Vaudecal, Péry).

En vénéréologie, l'autohémothérapie rencontre parfois des applications. La blennorragie et surtout les complications articulaires, l'orchite blennorragique, les bubons chancrelleux (Nicolas), les bartholinites (Huber), seraient rapidement améliorés et même guéris par cette méthode.

Enfin l'ophtalmologie elle-même a recours à cette méthode. J. Petit dans les *Annales d'Oculistique*, n° 9, septembre 1922, signale une sclérite à répétition guérie en apparence par l'autohémothérapie, à raison d'une injection de 12 centimètres cubes de sang sous la peau de la région de l'épaule. Dans les troubles nerveux (parkinsonnisme) et oculaires (paralysies, strabisme, mydriase), post-encéphalitiques, notre maître le professeur G. Sourdille de Nantes commence le traitement par une injection d'auto-sang de 10 centimètres cubes.

Mais les indications de l'autohémothérapie en dermatologie sont plus fréquentes et ont été beaucoup mieux étudiées. On peut dire que presque toutes les maladies de peau ont sollicité son concours. Aussi, sans tenter une classification, nous énumérons simplement les résultats obtenus.

L'autohémothérapie a donné dans le traitement de l'urticaire, de très beaux succès à Ravaut, Nicolas, Gâté et Dupasquier ; à Achard et Flandin dans la maladie de Quincke.

Parmi les réactions cutanées, ce sont les maladies prurigineuses qui sont surtout influencées. La disparition du prurit est souvent le premier succès accusé par les malades : elle se produit ordinairement après la première ou la deuxième injection : la nuit qui les suit est alors remarquablement calme. Les prurits simples, qui ne s'accompagnent pas de lésions de grattage

ou qui ne traduisent pas une insuffisance hépatique ou rénale sont toujours améliorés ou guéris.

En 1921, Tzanck publie des résultats très encourageants dans le traitement des eczémas professionnels. Dans l'eczéma vrai, les avis sont partagés. Les résultats sont essentiellement variables : dans quelques cas la guérison a pu s'ensuivre ; dans d'autres cas, amélioration, échec ou même aggravation. Comme le dit Nicolas : « Dans le traitement de l'eczéma, ou plutôt des eczémas, les indications de l'autohémothérapie apparaissent aussi complexes que la nature de cette grande dermatose : tous les eczémateux ne sont pas justifiables indistinctement de cette méthode.

Dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de la même année, MM. Nicolas, Gâté et Dupasquier publient 2 cas de prurigo chronique avec lichénification, rebelles à tout traitement antérieur, guéris par l'autohémothérapie.

Dans les dermatoses polymorphes douloureuses, les résultats de la méthode ont été particulièrement intéressants. Ravaut, Nicolas, Gâté, Dupasquier, Raspiller, Fauvet ont rapporté de beaux succès.

De même dans les dermatoses herpétiformes : la maladie de Duhring-Brocq est favorablement influencée, comme l'ont déjà indiqué Nicolas et Ruby ; l'herpès gestationis est la plupart du temps guéri. Louste, Thibaut et Barbier signalent dans 2 cas d'herpès récidivant une amélioration très nette ; les récidives ne se sont pas produites pendant le traitement.

Certaines infections cutanées et certaines dermatoses infectieuses enfin, paraissent nettement influencées par la méthode.

La furonculose est à placer au premier rang. D'après Thorel, Fauvet, Ragiot, Spillmann, Nicolas, Gâté et Dupasquier, ce serait le triomphe de l'autohémothérapie : les succès y sont parfois étonnants. Elle s'est souvent montrée remarquable dans des cas anciens et récidivants où tout avait échoué, y compris les vaccins. Avec Nicolas « on peut affirmer aujourd'hui que l'autohémothérapie constitue le traitement de choix de la furonculose. Personnellement nous n'avons jamais eu d'échec par l'emploi de cette méthode ». Fauvet déclare qu'au Havre on traite systématiquement cette affection par les injections de

sang ; d'après lui, cette méthode amène également une sédation des douleurs dans les anthrax, et agit favorablement contre les hydro-adénites de l'aisselle, les abcès du sein et les mastites.

A l'heure actuelle, cette méthode occupe une large place en thérapeutique et nous mentionnerons surtout les travaux récents de Nicolas, Gâté et Dupasquier, ceux de Gastou, Pontoiseau et Dutrey.

Enfin quatre thèses ont été écrites : l'une par Ruby, inspirée par Nicolas (thèse de Lyon), l'autre par Fauvet, sous la direction de Thorel du Havre, la troisième par Monnié (thèse de Bordeaux), la dernière par Raspiller, présidée par le professeur Spillmann, de Nancy.

A notre tour, nous voulons apporter notre contribution à l'étude de l'autohémothérapie, mais dans un syndrome douloureux et éruptif particulier, à localisation radiculo-ganglionnaire, le zona.

Il était nécessaire avant d'aborder l'étude de l'autohémothérapie dans le zona, de parcourir rapidement l'histoire des injections d'auto-sang dans la thérapeutique d'un grand nombre de maladies chroniques et diathésiques et principalement dans les affections cutanées.

Si les injections de sang produisent parfois de bons effets dans certaines maladies de la peau de nature infectieuse et à agent microbien, si elles sont très efficaces dans la furonculose par exemple, il existe une autre maladie d'origine infectieuse dans laquelle ce traitement donne des résultats vraiment surprenants, c'est le zona.

C'est à la clinique de Dermatologie de l'Hôpital Maringer de Nancy qu'ont été signalés les premiers succès de l'autohémothérapie dans le zona.

Au cours de ses recherches entreprises depuis assez longtemps sur la désensibilisation des diverses dermatoses, M. le professeur Spillmann de Nancy avait eu l'occasion d'employer l'autohémothérapie systématiquement dans un grand nombre d'affections cutanées et principalement dans plusieurs cas de zona. Il avait été frappé des résultats obtenus et signalait dès cette époque

l'intérêt qu'il y avait à utiliser les injections de sang complet dans le traitement de l'herpès zoster.

En mai 1923, à la réunion de la Société dermatologique de Nancy, MM. Spillmann et Raspiller signalent les premiers les bons résultats obtenus, dans 7 cas de zona traités par l'auto-hémothérapie. Dans cet ensemble d'observations recueillies chez des malades âgés de 10, 23, 33, 54, 56, 70, 71 ans, les résultats ont été identiques : disparition très rapide de la douleur et des réactions générales en même temps que flétrissement et dessiccation des lésions cutanées.

Alors que cette pénible affection résiste souvent à toute thérapeutique et que le symptôme douleur est le plus difficile à calmer, il résulte des observations publiées par ces auteurs que les injections de sang total ont une influence très marquée, tant sur le phénomène éruptif que sur les symptômes névralgiques. « La première injection de sang, écrit Spillmann, fut presque toujours suivie de la disparition soudaine des phénomènes douloureux et du flétrissement des lésions vésiculaires. » Dans le premier cas publié par cet auteur, la guérison complète fut obtenue cinq jours après la première injection.

Des observations analogues furent rapportées à la même Société par Parisot et Simonin, Drouet et Vernier, Etienne et Michon.

M. le professeur G. Bureau, dans son service de Dermatologie de l'Hôtel-Dieu de Nantes a également obtenu d'excellents résultats dans différents cas de zona véritablement douloureux et toujours avec le même succès, ainsi qu'en témoignent les observations qui vont suivre. Les unes sont personnelles, recueillies dans le service au cours de notre semestre d'internat 1923-1924 : les autres ont été rédigées depuis et nous ont été communiquées par notre Maître, à qui nous adressons nos plus vifs remerciements. D'autres observations suivront enfin, rapportées par divers auteurs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

(Service de M. le professeur G. Bureau.)

Zona brachial. Guérison

Mme M... Jeanne, 67 ans, ménagère entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 14, le 20 septembre 1923, parce qu'elle souffre dans le bras droit et est atteinte d'une éruption spéciale.

Rien à noter dans les antécédents personnels et collatéraux de la malade.

A l'examen, on constate un zona caractéristique du bras droit : vésicules nombreuses sur une grande surface du membre et occupant le trajet du nerf cubital.

Ce zona, fort douloureux provoque une insomnie complète : l'aspirine et l'antipyrine n'arrivent pas à soulager la patiente.

Les douleurs siègent principalement le long du bras, s'étendant jusqu'au bout des doigts. Notons ici les propres paroles de la malade et ses comparaisons imaginées : « C'est comme si des aiguilles me piquaient les doigts. On dirait que des chiens se seraient acharnés après moi. Mon bras est comme anéanti. » A noter une impotence fonctionnelle totale du membre : le bras semblait absolument paralysé et cette femme était même obligée de faire couper son pain, la malade ne peut avoir aucun repos la nuit et se lève plusieurs fois pour circuler dans la salle.

L'état général est resté quand même assez bon.

Le professeur Bureau décide de soumettre cette femme à l'auto-hémothérapie.

Le 5 octobre au matin, nous pratiquons la première piqûre 10 centimètres cubes de sang sont prélevés par ponction dans une veine du pli du coude selon la technique habituelle et réinjectés immédiatement dans la fesse.

Le résultat favorable de cette intervention fut très rapide : les dou-

leurs qui étaient intolérables, et qui, chaque jour, commençaient à s'exaspérer vers 3 heures de l'après-midi, n'augmentèrent pas dans la soirée, se calmèrent même un peu, pour disparaître en grande partie la nuit, ce qui permit à la malade de dormir et de se reposer.

La nuit suivante, les douleurs réapparaissent légèrement, mais beaucoup moins violentes.

Le 8 octobre, deuxième injection de la même quantité de sang. A la suite de cette deuxième piqûre, les douleurs disparaissent à peu près entièrement et la malade ne se plaint plus que d'un léger engourdissement dans l'annulaire et l'auriculaire droits.

Le 10 octobre, une troisième injection de sang est faite et amène la disparition complète et définitive des douleurs.

Pendant ce traitement, les vésicules de zona finissent de se dessécher complètement et il ne reste plus de la maladie que les vestiges de quelques vésicules dans la paume de la main, du coude et à la face postérieure du bras. Mais il est difficile, dans ce cas, de se rendre compte de l'action de l'antohémothérapie sur l'éruption, celle-ci étant déjà en voie de décroissance au commencement du traitement.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service de M. le professeur G. Bureau.)

Zona thoracique. Guérison

Mlle D... Jeanne, se présente à la consultation de Dermatologie à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 12 novembre 1923, pour des douleurs thoraciques extrêmement violentes, survenues depuis trois jours. En même temps, apparition de vésicules sur l'hémithorax droit.

A l'examen, on trouve un zona intercostal droit suivant à peu près le trajet des 3^e et 4^e nerfs intercostaux. Zona typique avec éruption de vésicules récentes.

Les douleurs sont extrêmement pénibles : impossibilité absolue de dormir la nuit. Entrée à l'hôpital.

Le jour même, 5 centimètres cubes de sang, prélevés dans une veine du pli du coude sont immédiatement réinjectés dans la fesse. Le lendemain, la malade dit avoir pu se reposer la nuit : les douleurs sont beaucoup moins violentes.

Le 14 et le 16 novembre, nouvelles injections de la même quantité de sang. Les vésicules s'aplatissent et se dessèchent : les douleurs

ont presque complètement disparu : la malade n'accuse plus qu'un peu de gêne dans la région hémithoracique droite.

Le 19 novembre, on fait une dernière injection de sang qui amène la cessation complète et définitive des douleurs et la malade sort le 22 novembre complètement guérie.

OBSERVATION III

(Service de M. le professeur G. Bureau.)

Zona scapulo-huméral droit. Guérison

M. B... Jean-Louis, vient à la consultation de Dermatologie le 24 septembre 1924 présentant un zona typique siégeant au niveau de l'épaule, de l'omoplate et du bras droit. Le début de l'affection remonte à cinq jours et le malade accuse depuis deux jours des douleurs intolérables empêchant absolument tout sommeil.

Séance tenant une injection de 5 centimètres cubes de sang est faite au patient. Dès le soir survient une amélioration considérable des douleurs et le malade peut dormir la nuit suivante.

Le surlendemain 26 septembre, nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sang à la suite de laquelle les douleurs cessent complètement. Les vésicules d'herpès commencent à se dessécher.

Deux jours après, troisième injection de sang qui amène la guérison complète de l'éruption et des douleurs.

OBSERVATION IV

(Service de M. le professeur G. Bureau.)

Zona ophtalmique. Guérison

M. Ch... Henri, 16 ans, ressent le 13 avril 1925 une douleur dans le globe oculaire exagérée par la pression. Le lendemain, la paupière supérieure est très œdématiée, la région sourcillière droite très rouge ; le malade accuse des élancements et une douleur sourde, lancinante dans toute cette région. Dans la nuit suppuration au niveau des paupières : celles-ci sont collées au réveil.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, Salle 5, le 16 avril 1925 et la nuit suivante ressent des douleurs persistantes et extrêmement violentes. Insomnie complète.

Le 18 avril, à l'examen, le malade présente un œdème considérable des paupières supérieure et inférieure droites qui sont collées par un exsudat purulent : l'arcade sourcillière droite et la partie inférieure correspondante du front sont boursoufflées. Il existe une rougeur intense des téguments qui sont suintants et recouverts de croûtes jaunâtres. Sur l'œdème se voient des vésicules typiques de zona dont certaines ont donné par places, lieu à des ulcérations : mais l'œil lui-même est indemne : la cornée n'a pas été touchée par le zona. Les douleurs sont extrêmement pénibles, presque intolérables.

Notre maître M. G. Bureau institue un traitement par l'autohémothérapie et à 11 heures du matin, on prélève au malade 10 centimètres cubes de sang qu'on lui réinjecte immédiatement dans la fesse. L'amélioration est presque instantanée et à 1 heure de l'après-midi le malade ne souffre presque plus et s'endort. Cette cessation des douleurs persiste toute la journée et même le lendemain, dans l'intervalle des piqûres.

Le 20 avril on réinjecte de nouveau 10 centimètres cubes de sang : les douleurs ont complètement disparu ; les lésions cutanées de zona commencent à se dessécher.

Le 22 avril, troisième injection de sang : les croûtes semblent prêtes à tomber.

Le 27 avril, une quatrième piqûre amène la guérison définitive du zona et le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION V

(Communiquée par notre excellent collègue et ami M. M. Delaunay, Interne des Hôpitaux, Service de M. le Professeur G. Bureau.)

Zona de la fesse. Guérison.

Mme M..., 44 ans, entre le 20 avril 1925 à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Gourdet pour métrite du col utérin. Soignée par des cautérisations, son état s'améliore rapidement.

Durant son séjour à l'Hôtel-Dieu cette femme fut prise d'un zona de la fesse, pour lequel M. le Professeur G. Bureau conseille le traitement par l'autohémothérapie.

Voici comment apparut la maladie : le 5 mai 1925 cette femme accuse des douleurs violentes dans la région de la fesse gauche. Le lendemain, à ce niveau, on constate la présence de petites vésicules

siégeant sur un fond érythémateux. Ces vésicules, au nombre d'une quinzaine environ, sont disposées longitudinalement sur une ligne allant du sommet du pli interfessier au grand trochanter et occupent le tiers moyen de cette ligne.

Les vésicules sont isolées, quelques-unes cependant confluent leur contenu semble opalescent, nullement purulent. Etant donné la disposition et la distribution topographique des éléments, ainsi que leur nature, il s'agit de toute évidence d'un zona.

Le lendemain matin 6 mai, 5 centimètres cubes de sang prélevés dans une veine du pli du coude sont réinjectés aussitôt dans la fesse. Le soir, à la contre-visite, la malade annonce que ses douleurs ont cessé quatre heures après la piqûre.

Le lendemain 7 mai, les douleurs ne sont pas reparues, les vésicules commencent à s'affaïsser et à se dessécher, la rougeur a disparu.

Le 8 mai, on se dispose à procéder à une nouvelle injection, mais la malade ne souffrant plus et redoutant la piqûre au bras s'y refuse absolument.

Malgré cela, la cessation des douleurs persista, les lésions disparurent très rapidement : trois jours après, la dessiccation des vésicules était complète et les croûtes ne tardèrent pas à tomber.

OBSERVATION VI

(Communiquée par notre ami le Dr E. Pouré.)

Zona ophtalmique. Amélioration rapide. Guérison.

M. X..., 55 ans, demeurant à La Montagne, vient consulter le 4 juin 1925 pour des douleurs intenses et une céphalée très marquée s'accompagnant d'une éruption de la région orbitaire droite apparue quatre ou cinq jours auparavant.

A l'examen, zona typique du front et de la paupière droite ; éruption vésiculeuse de la région ne dépassant pas la ligne médiane. Une vingtaine d'éléments vésiculeux, dont 5 ou 6 arrivés au stade croûteux recouvrent la région frontale : 4 à 5 vésicules reposent sur la paupière supérieure droite légèrement oedématisée. Névralgies violentes s'étendant dans les régions pariétale et occipitale droites.

Le 4 juin on injecte 10 centimètres cubes de sang. Le lendemain, le malade revient, déclarant être très amélioré : les douleurs et la céphalée persistent cependant encore, mais beaucoup moins intenses. Il n'est pas apparu d'autres éléments.

Nouvelle injection de sang le 5 juin.

Le 6 juin, la douleur et la céphalée sont presque complètement disparues. Diminution considérable de l'œdème de la paupière supérieure droite.

Le 7 juin, le malade dit ne plus souffrir. La paupière a repris son aspect normal : les vésicules de zona sont arrivées au stade de dessiccation.

Il n'a pas été fait d'autre injection.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur G. Bureau.)

Zona de la fesse et des parties génitales gauches. Guérison.

M. G..., Pierre, 13 ans, se présente à la Consultation de Dermatologie le 23 juin 1923. Les douleurs et l'éruption ont commencé trois jours auparavant. Depuis deux jours, impossibilité absolue de dormir.

A l'examen on constate une éruption vésiculeuse caractéristique de zona localisée sur la fesse gauche, puis s'étendant à la moitié gauche du scrotum et à l'extrémité gauche du prépuce.

Immédiatement on fait 5 centimètres cubes de sang. Dans la journée, l'enfant continue à souffrir atrocement. A 10 heures du soir, la douleur cesse brusquement : le malade s'endort et ne se réveille que le lendemain à midi.

Le lendemain les douleurs ne sont pas réapparues : le malade n'éprouve plus aucune souffrance et a parfaitement dormi la nuit suivante.

Le 25 juin, deuxième injection de sang. A ce moment les bulles du scrotum et de la verge sont presque complètement desséchées ; celles de la fesse sont également en voie d'amélioration.

Il n'a pas été fait d'autre injection de sang et le malade revu au bout de quelques jours est complètement guéri.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Professeur G. Bureau.)

Zona thoraco-brachial gauche. Guérison.

Mme L... Marie, 64 ans. Le début de l'affection remonte au 25 juillet 1925.

Douleurs violentes au-dessous du sein gauche, dans l'aisselle et à la face interne du bras gauche. La malade ressent « comme des piqûres d'épingles » à la partie supérieure de l'hémithorax gauche. Apparition de vésicules qui, rapidement deviennent confluentes et donnent lieu à de grosses bulles. Du 25 au 30 juillet, jour où la malade entre à l'hôpital, l'insomnie est complète : les douleurs sont devenues atroces.

A son entrée, les bulles de zona se sont rompues et infectées : la malade présente dans la région occupée par le zona une vaste nappe suppurante donnant lieu à des cuissons pénibles : elle se plaint en outre de névralgies violentes au niveau de l'épaule.

Le 1^{er} août, injection de 5 centimètres cubes de sang : la malade dit n'avoir pas éprouvé d'amélioration bien sensible.

Le 3 août, deuxième injection de 5 centimètres cubes de sang à la suite de laquelle les douleurs névralgiques s'apaisent : la malade peut dormir la nuit suivante et ne se plaint plus que des douleurs occasionnées par les surfaces ulcérées.

Le 5 août, troisième piqûre.

Le 8 août, quatrième injection. Les lésions cutanées sont en voie d'assèchement. Les névralgies n'ont pas reparu depuis la deuxième injection.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Professeur G. Bureau).

Zona des régions maxillaire occipale et interscapulo-cervébrale gauches. Guérison

M. C... Louis, 19 ans, est traité pour un zona, salle 5.

Début de l'affection le 14 novembre 1925. Eruption subite et extrêmement douloureuse. Vésicules en bouquets avec suintement dans le cuir chevelu.

Le 24 novembre, autohémothérapie 5 centimètres cubes : le lendemain, la névralgie a beaucoup diminué. Le 25, aucune douleur.

Le 26, le malade souffre de nouveau par moments, beaucoup moins cependant. Nouvelle injection de sang.

Le 28 novembre, plus de douleurs : 3^e injection.

Le 30 novembre, quatrième piqûre. Disparition totale des névralgies : vésicules complètement desséchées.

OBSERVATION X

(Service de M. le Professeur G. Bureau).

Zona intercostal. Guérison

M. B... Gustave, 26 ans, présente un zona typique siégeant au niveau des trois derniers nerfs intercostaux.

L'éruption a débuté il y a cinq jours, mais le malade souffrait déjà depuis quelque temps. Impossibilité de dormir depuis l'apparition du zona.

Le 10 août 1925 à 6 heures du soir, on injecte au malade 5 centimètres cubes d'autosang.

Revient le 12 au matin : la nuit qui a suivi la piqure a été mauvaise; dans la soirée du lendemain la douleur a cessé pendant une demi-heure, et le malade a mieux dormi la nuit suivante, mais il souffre encore aujourd'hui.

Le 12 et le 14 août nouvelles injections qui amènent la disparition complète des symptômes douloureux.

OBSERVATION XI

(Service de M. le professeur G. Bureau).

Zona cervico-scapulo-huméral. Guérison

M. A..., Joseph, 57 ans, s'est aperçu le 5 juin 1924 qu'il présentait des boutons sur la nuque.

Le 7 juin, le malade se présente avec un zona cervico-scapulo-huméral en pleine évolution. A gauche, la nuque, la région de la fosse sus-épineuse, l'épaule et la fosse sus-claviculaire sont couvertes de bouquets d'herpès. Le malade accuse une douleur vive dans la région de l'épaule gauche.

Trois injections de sang amènent la cessation rapide et complète des douleurs.

OBSERVATION XII

(Service de M. le professeur G. Bureau).

Zona scapulo-huméral. Guérison.

M. G..., 35 ans, est traité pour Σ secondaire depuis 1924.

Le 8 août 1925, poussée de vésicules d'herpès dans la région

thoraco-brachiale gauche : les jours suivants, apparition de nombreux éléments. Le malade souffre modérément dans l'épaule et peut continuer à travailler. Il dort la nuit.

Trois injections d'autohémothérapie. Guérison.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le professeur G. Bureau.)

Zona thoracique. Guérison rapide

Mme D..., hospitalisée, Salle 14, pour ulcère variqueux, se plaint le 25 juillet 1925 de vives douleurs dans la région thoracique droite l'ayant empêché de dormir.

Le 26 juillet, à l'examen, vésicules de zona dans la région axillaire droite, au-dessus du sein droit et dans la région scapulaire droite. La malade aurait déjà constaté la veille, l'apparition de ces vésicules.

La malade accuse une douleur intense, « des picotements comme avec des épingles ». Insomnie complète la nuit suivante.

Le 27 juillet, autohémothérapie, 5 centimètres cubes ; la malade a été soulagée quelques heures après la piqûre et a dormi toute la nuit. Quant aux éléments, ils sont devenus beaucoup plus nombreux : les bulles sont très volumineuses ; mais l'éruption a fini de se constituer sans douleur.

Le 29 juillet, injection d'autosang. Le lendemain les lésions deviennent croûteuses. Toute douleur a disparu.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur G. Bureau.)

Zona intercostal. Guérison.

Mlle V..., 20 ans, se présente le 20 novembre 1925 avec un zona typique de la région thoracique gauche. Les douleurs assez violentes dès le début, ont surtout augmenté depuis hier soir, et la malade n'a pu reposer la nuit dernière. On lui prélève immédiatement 5 centimètres cubes de sang qu'on réinjecte de suite dans la fesse.

Dès le soir, la malade est améliorée : les douleurs se sont apaisées et elle peut dormir la nuit suivante.

Le 23 novembre, nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sang,

la malade ne souffre presque plus et les bulles commencent se dessécher.

Une troisième injection de 5 centimètres cubes de sang est pratiquée le surlendemain 25 novembre et amène la guérison complète de l'éruption et des douleurs.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blondin,
assistant du service de Dermatologie à l'Hôtel-Dieu.)

Zona de la cuisse. Guérison

Mme H..., 24 ans, se présente le 12 décembre 1924, à notre consultation, se plaignant d'une éruption douloureuse de la cuisse droite. Zona typique. La malade a été prise le 8 décembre de violentes douleurs à la face postérieure et dans la région moyenne de la cuisse droite, en même temps qu'apparaissait un premier placard érythémato-vésiculeux de 15 à 20 éléments vésiculeux : en trois jours se sont installés 4 autres bouquets de la même dimension approximativement. Quelques vésicules aberrantes à la face postérieure de la jambe droite, au niveau des mollets.

En plus du traitement local, réinjection dans l'après-midi de 10 centimètres cubes d'autosang. La malade qui souffrait horriblement, voit ses douleurs s'atténuer dans la soirée et peut dormir, ce qu'elle n'avait pu faire depuis plusieurs nuits.

Quand elle revient le surlendemain pour une nouvelle injection, elle ne souffre pour ainsi dire plus : l'érythème a pâli, les vésicules commencent à se flétrir.

Tout est rentré dans l'ordre huit jours après.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance du M. le docteur Blondin.)

Zona lombo-fémoral. Guérison

M. H..., 34 ans, vient consulter en septembre 1924, pour un zona lombo-fémoral. A vu apparaître il y a quinze jours, une plaque érythémato-vésiculeuse de la largeur d'une paume de main à la surface externe et à mi-hauteur de la cuisse gauche. Les éléments com-

mentent à peine à se dessécher à ce jour. Douleurs violentes dans toute la cuisse. Tous les deux ou trois jours nouvelle apparition d'éléments de même dimension à la face postérieure et externe de la cuisse, moins douloureux toutefois que le premier.

Le malade ne se décide à consulter qu'après apparition aujourd'hui d'un bouquet lombaire, et par crainte que la maladie ne se prolonge. Il a jusqu'ici appliqué sur les lésions une pommade anodine et absorbé quantité d'aspirine.

Autohémothérapie : 10 centimètres cubes. Amélioration de la douleur.

Deux jours après, 10 centimètres cubes. Accentuation du mieux.

Le surlendemain, 10 centimètres cubes. Plus de douleurs.

Au bout de six jours, les dernières vésicules apparues commencent à se flétrir et ne sont pas devenues purulentes, contrairement aux premières qui n'ont commencé leur dessiccation qu'au bout de quinze jours et ont subi la transformation purulente.

OBSERVATION XVI *bis* (Personnelle)]

(Service de M. le professeur G. Bureau.)

Zona brachial. Guérison

Mme L... Marie, 63 ans, se présente à la consultation de dermatologie, avec un *zona* siégeant sur le bras droit. Bouquets d'herpès s'étendant depuis l'épaule jusqu'au poignet.

Début il y a trois jours. Douleurs violentes « comme si on m'arrachait l'épaule » dit la malade. Insomnie complète depuis deux nuits.

Traitement par l'autohémothérapie. Injection de 5 centimètres cubes de sang vers 10 heures. A 16 heures, la malade est soulagée de sa douleur. Elle se couche à 19 heures, s'endort, mais se réveille une heure après et les douleurs reprennent.

La malade a pu cependant se reposer davantage que les précédentes nuits.

27 avril. — Les douleurs persistent. L'éruption continue son évolution : pas de nouveaux éléments, mais les bouquets de vésicules sont plus apparents. Nouvelle injection de 5 centimètres cubes.

Le 28 avril, la malade a dormi toute la nuit. Elle ne souffre plus dans l'épaule. Quelques élancements dans le pouce. Les vésicules de l'avant-bras sont affaissées et flétries : celles du bras présentent une surface ridée.

Le 19 avril, douleur complètement disparue. La malade a très bien dormi ; les bulles se dessèchent.

30 avril. — Quatrième piqûre. Réapparition des douleurs qui ont réveillé la malade la nuit dernière.

3 mai. — La malade ne ressent plus aucune douleur.

Les éléments éruptifs sont secs. Il n'est plus fait d'injection, la malade étant complètement guérie.

OBSERVATION XVI *ter*

(Due à l'amabilité de notre collègue et ami, M. Villard,
interne des Hôpitaux.)

Zona lombaire. Guérison

G... André, 14 ans, hospitalisé à l'hôpital maritime de Pen-Bron, pour coxalgie droite. Plâtrage et extension continue.

Le 8 novembre, courbature, douleurs lombaires sans fièvre.

Le 11 novembre, apparition sur la région lombaire de vésicules typiques de zona. Le malade ne souffrant pas, on n'institue aucun traitement.

Dans la nuit du 12 (au 13, le petit malade éprouve des douleurs intenses, d'une acuité extrême. Insomnie complète. Le 13 à 15 heures, on pratique une injection d'auto-sang. A 17 heures, rémission brusque des symptômes douloureux. Le lendemain soir, les vésicules confluentes forment des croûtes noirâtres.

Le 15 novembre, en l'absence de douleur, on fait une seconde piqûre. Les éléments éruptifs disparaissent rapidement en quelques jours.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur G. Bureau.)

Névralgies consécutives à un zona cervico-brachial. Insuccès

Mme J..., 82 ans, se présente à notre consultation le 29 janvier 1926. Elle a eu il y a trois semaines environ un zona cervico-brachial gauche, peu douloureux à ce moment, et dont l'éruption est aujourd'hui complètement guérie.

Depuis quarante-huit heures, la malade a été prise de douleurs

névralgiques très vives au niveau du siège de son zona : les douleurs sont particulièrement violentes aujourd'hui dans le bras. On lui fait séance tenante une injection de 5 centimètres cubes de sang.

Nous revoyons la malade le lendemain 30 janvier : cette première injection n'a amené aucun soulagement à la malade qui a souffert très violemment encore la nuit dernière. Nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sang.

Le 1^{er} février, la malade souffre toujours : il est pratiqué une troisième injection qui ne paraît pas donner de meilleurs résultats. Devant cet insuccès de l'autohémothérapie, on ordonne des cachets d'atophan à la malade qui revient trois jours après très améliorée de ses douleurs.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée par notre excellent collègue et ami, M. J. Bonté, interne des Hôpitaux.)

Névralgies consécutives à un zona intercostal. Insuccès double

M. S... J.-B., 72 ans, entre une première fois le 6 mai 1925, salle 9, dans le service de M. M. Bureau pour des névralgies et des crises d'asthme. Le malade a contracté en décembre 1924 un zona intercostal droit actuellement guéri, et qui a été soigné par des pansements à la poudre de talc. Depuis ce temps, le malade souffre de névralgies rebelles au niveau de la région du zona : douleurs thoraciques très pénibles.

Soumis à l'autohémothérapie : reçoit 10 injections de 10 centimètres cubes de sang, chaque injection étant faite tous les deux jours. Aucune amélioration. Le malade sort de l'hôpital.

Il rentre de nouveau le 5 novembre 1925 avec les mêmes symptômes ; on essaie encore l'autohémothérapie : 7 injections de 10 centimètres cubes de sang sont faites, n'amenant aucune amélioration.

Les seuls médicaments qui soulagent un peu le patient sont le siphonnage au chlorure d'éthyle et le pyrèthane.

OBSERVATION XIX

(Service de M. le Professeur Spillmann de Nancy).

Zona intercostal. Guérison rapide

M. F..., 56 ans, maçon, ressentait depuis quelques jours des douleurs dans le côté gauche. Le 19 janvier 1923 vient à la consulta-

tion où on constate la présence d'un zona « en fourragère » au niveau du 6^e espace intercostal gauche : l'éruption est surtout érythémateuse avec quelques vésicules encore peu nombreuses.

Autohémothérapie : le 19 et le 20 janvier injections de 8 centimètres cubes de sang ; le 22 janvier on note l'apparition de nouvelles vésicules, mais l'érythème a beaucoup diminué de couleur et d'étendue ; presque pas de douleurs ; on injecte 10 centimètres cubes de sang. Le 24 janvier, le malade dit qu'il se trouve beaucoup mieux ; toutes les vésicules sont desséchées ; la rougeur a encore pâli ; on fait 10 centimètres cubes de sang. Le 26 janvier il n'y a plus de vésicules mais seulement un léger érythème ; le malade va très bien ; on lui fait la dernière injection de 10 centimètres cubes de sang.

OBSERVATION XX

(Service de M. le Professeur Spillmann.)

Prurit sénile. Zona cervical. Guérison

M. C..., Edouard, 70 ans, entre au service de Dermatologie le 3 novembre 1922. Bronchite et emphysème depuis deux ans ; se plaint de démangeaisons depuis cette époque. Il présente des lésions de grattage et quelques petites papules disséminées au niveau du thorax, du dos et de la nuque. On lui fait une série de 4 injections de sang de 10 à 20 centimètres cubes qui l'améliorent assez.

Le 2 janvier 1923, commence à apparaître un zona du plexus cervical superficiel du côté gauche, descendant depuis la racine des cheveux, sur le cou jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière et jusque vers le mamelon en avant, recouvrant le moignon de l'épaule ; les vésicules sont grosses.

Autohémothérapie : le 4 janvier numération des leucocytes : 6.800 ; injection de 10 centimètres cubes de sang ; six minutes après : 6.000 leucocytes. Le 6 janvier, les vésicules se sont affaissées et se dessèchent : 10 centimètres cubes de sang. Le 8 janvier, numération des leucocytes : 8.800 ; injection de 15 centimètres cubes de sang ; dix minutes après : 7.500 leucocytes. Le 10 janvier les lésions sont complètement sèches : 15 centimètres cubes de sang. Le 13 janvier on fait la dernière injection de 20 centimètres cubes de sang. La malade va bien : il reste seulement un peu de rougeur.

OBSERVATION XXI

(Publiée par MM. Spillmann et Raspiller,
Réunion dermatologique de Nancy, séance du 12 mai 1923.)

Zona scapulo-huméral gauche. Guérison rapide

Il s'agit d'un homme de 33 ans, de robuste constitution, qui avait éprouvé brusquement, en pleine santé, à la date du 1^{er} janvier 1923, de violentes douleurs occipitales. Trois jours après, soit le 4 janvier, après avoir ressenti quelques sensations prurigineuses au niveau de la nuque, le malade constate au même niveau l'apparition d'une éruption confluente. Il est pris, au même moment, de douleurs névralgiques violentes et de malaises : la nuit suivante est très mauvaise.

Il se présente à nous le 5 dans la journée. La partie latérale gauche de la nuque et la région scapulo-humérale du même côté sont recouvertes de placards confluents, de vésicules herpétiques saillantes reposant sur une base rouge et tuméfiée : le malade se plaint d'une céphalée intense avec sensation très pénible d'arrachement et de tiraillement à la nuque : il n'a pas dormi depuis quarante-huit heures, a dû rester alité le 5 au matin et a été obligé d'interrompre son travail.

Nous lui prélevons à 15 heures, 5 centimètres cubes de sang au pli du coude et nous injectons ce sang dans le muscle fessier. Le malade retourne chez lui. A 21 heures, les douleurs cessent brusquement et le malade s'endort jusqu'au matin.

Le lendemain, nous constatons que les vésicules se sont effacées : la plupart d'entre elles sont desséchées ; la rougeur a disparu. Le malade qui se considère comme guéri, a déjà repris son métier de conducteur de camion automobile.

Nous effectuons une deuxième injection de 5 centimètres cubes de sang. Le jour suivant, l'éruption continue à s'atténuer : les douleurs n'ont pas reparu. Le 10 janvier, soit cinq jours après la première injection de sang, la guérison est complète. Le malade revu plusieurs fois depuis cette époque, n'a plus rien présenté d'anormal.

OBSERVATION XXII

(Clinique de Dermatologie : service de M. Spillmann de Nancy.)

Zona du bras gauche. Guérison

H..., Andrée, 10 ans, a commencé à ressentir le 1^{er} juillet 1922 des douleurs dans le bras gauche en même temps qu'apparaissaient des

placards rouges. Vient consulter le 4 juillet : on constate la présence de placards rouges recouverts de fines vésicules au niveau du creux axillaire à gauche jusqu'au voisinage du sein, dans la région sus-épineuse, à la face antéro-interne du bras et de l'avant-bras, un petit placard rouge à la région postérieure du bras et un groupe de vésicules cohérentes dans la paume de la main gauche.

Autohémothérapie : 4 juillet, 5 centimètres cubes de sang. Le 6 juillet, la petite souffre moins : 5 centimètres cubes de sang. Le 8 juillet, grosses amélioration ; les vésicules sont desséchées : il ne reste plus que des placards rosés recouverts de croûtes.

Le 10 juillet, on fait la quatrième et dernière injection de sang : l'amélioration persiste : il n'y a plus de douleurs.

Le 17 juillet, les parents de la malade ayant prévenu que son jeune frère était atteint d'une éruption, M^r le Professeur Spillmann, va le voir et constate qu'il a une varicelle confluyente.

OBSERVATION XXIII

Service de M. le Prof. Spillmann.

Zona hémorragique. Guérison

H... Louis, 71 ans se présente à la consultation le 6 septembre 1922, ayant depuis huit jours un zona s'étendant du creux de l'aisselle le long de la face interne du bras jusqu'à la paume de la main et à la face postérieure de l'avant-bras. Les vésicules sont très abondantes, en bouquet et hémorragiques. Les douleurs sont, un peu moins violentes qu'au début, mais assez accentuées pour empêcher le malade de dormir.

Autohémothérapie : le 6 septembre, 10 centimètres cubes de sang ; le 8 septembre, 20 centimètres cubes ; le malade dit que la nuit qui a suivi la première injection il a pu bien dormir ; le 11 septembre 20 centimètres cubes ; les douleurs ont complètement disparu ; les vésicules sont desséchées. Le 13 et le 15 septembre quatrième et cinquième injections de 20 centimètres cubes de sang. Le malade est guéri.

OBSERVATION XXIV

Service de M. le Prof. Spillmann

Zona du bras. Guérison rapide

Mme M..., 23 ans, a commencé à ressentir le 16 septembre 1922 une sensation de tension à la face postérieure du bras et a remarqué l'ap-

parition de plaques érythémateuses avec fines vésicules. Le 19 septembre, on constate la présence de quatre placards essaimés le long du bras : trois à la face antérieure, un à la face postérieure.

Autohémothérapie : le 19 septembre, injection de 5 centimètres cubes de sang ; les 21 et 23 septembre, 10 centimètres cubes. Au bout de ces trois injections, la malade est guérie.

OBSERVATION XXV

Réunion dermatologique de Nancy : Séance du 12 mai 1923

Par MM. Parisot et Simonin.

Zona intercostal Guérison

M.P..., 18 ans. Zona occupant les 5 et 6 espaces intercostaux et survenu après quelques jours de fièvre, de malaise avec bronchite légère ; douleurs violentes empêchant le malade de dormir, depuis l'apparition des vésicules (4^e jour).

Première injection de 5 centimètres cubes de sang total du malade à 10 heures du matin : dès le soir, tendance à la diminution des douleurs qui, cependant ne permettent pas le sommeil.

Le lendemain, les vésicules sont, pour la plupart, légèrement flétries et certaines complètement aplaties. Quarante huit heures après la première, seconde injection de 5 centimètres cubes de sang. La douleur cède brusquement quelques heures après : au bout d'un jour, la douleur a entièrement disparu, les vésicules sont toutes aplaties et desséchées.

Guérison totale en quatre à cinq jours, sans incident.

OBSERVATION XXVI

Publiée par MM. Parisot et Simonin

Zona intercostal. Guérison

M. H. 60ans, atteint de bronchite chronique, d'emphysème secondaire a des crises d'asthme répétées depuis l'enfance et disparues vers l'âge de 35 ans, laissant après elle à de très rares intervalles des accès de dyspnée asthmatiforme. Crises d'hyposystolie fréquentes. Zona étendu aux 9^e, 10^e, 11^e espaces intercostaux à droite, en avant

et en arrière, durant depuis une huitaine de jours et en pleine efflorescence.

Le 17 janvier, injection de 5 centimètres cubes de sang du malade ; dans l'après-midi se manifeste une réaction caractérisée par des bouffées de chaleur, une sensation de malaise général, une somnolence invincible, le tout d'une durée de trois heures environ. Dans la nuit, le malade est réveillé brusquement par une véritable crise d'asthme, à laquelle fait suite, le lendemain, une poussée de bronchite.

En ce qui concerne le zona, les sensations douloureuses se sont atténuées, et quelques, « picotements » persistent seuls dans une zone très localisée (sur un espace d'une paume de main).

Le 19, une nouvelle injection supprime totalement et définitivement les douleurs ; toutes les vésicules sont flétries et en voie de dessiccation. D'autre part, la dyspnée légère cède complètement et il persiste seulement un peu de bronchite qui disparaît par un traitement approprié en quelques jours. Guérison définitive du zona.

OBSERVATION XXVII

(Réunion-dermatologique de Nancy, du 12 mai 1923

Publiée par MM. Drouet et Vernier)

Zona ophtalmique. Guérison

Mme X..., âgée de 54 ans, employée à la Manufacture des tabacs, se présente le 30 décembre 1922 à la consultation du Dr Vernier, souffrant depuis une semaine environ d'un zona ophtalmique intéressant la région de l'œil gauche. A 1 centimètre de la tête du sourcil gauche sur la région frontale, on constate une lésion cutanée cicatricielle de zona et sur l'œil une lésion cornéenne de 4 millimètres de longueur sur 3 millimètres de hauteur, au niveau du méridien de 7 heures, s'étendant du limbe scléro-cornéen de l'ouverture pupillaire. Des points blanchâtres purulents commencent à apparaître sur la lésion cornéenne. On propose le traitement par l'autohémothérapie qui est refusé.

Le Dr Vernier soigne alors la lésion par un pansement occlusif, de l'atropine, et de temps à autre un collyre gras à l'oxyde jaune. Les lésions paraissent rétrocéder, mais vers le 14 février il y a rechute. Même traitement et amélioration consécutive. Le 16 mars, nouvelle récurrence. La malade accepte alors l'autohémothérapie.

Elle reçoit en tout 5 injections de sang avec deux jours d'inter-

valle entre chaque piqûre. Les doses furent successivement de 5, 10, 15, 20, 20 centimètres cubes.

Dès la première injection, la photophobie disparaît. La malade éprouve un grand soulagement. On peut supprimer le pansement occlusif. Les vaisseaux conjonctivaux qui commençaient à vasculariser la lésion cornéenne, paraissent rétrograder. Il persiste un petit point blanchâtre gros comme une tête d'épingle. La lumière est très bien supportée, malgré la dilatation pupillaire par l'atropine.

A la deuxième et à la troisième injection, le mieux s'accroît : les vaisseaux conjonctivaux sont toujours apparentes au niveau de la lésion cornéenne. Le 22 mars, au lendemain de la troisième injection, la lésion cornéenne est complètement détergée. Il persiste une opacité plus forte au centre, là où se trouvaient les points blanchâtres.

Le 28 mars, la cornée a repris sa transparence et ne présente plus qu'un dépoli. Au niveau de l'ulcération, les vestiges de points blancs ont disparu. Un seul vaisseau conjonctival, apparent s'infléchit pour suivre le limbe scléro-cornéen au niveau de la lésion. Quelques jours plus tard, il disparaît. Depuis cette époque, la malade n'a pas été revue.

TECHNIQUE

La pratique de l'autohémothérapie est extrêmement simple et à la portée de tous les praticiens. Elle ne nécessite aucune instrumentation spéciale : c'est celle de la ponction veineuse, puis de l'injection intra-musculaire.

La technique suivie est celle indiquée par Ravaut, l'injection étant faite intra-fessière.

Voici comment nous avons l'habitude de procéder ; après avoir commencé par expliquer au malade les différents temps de l'opération : prise de sang et de réinjection dans la fesse.

Prise de sang. — On se sert d'une aiguille de diamètre assez gros (8 à 10 dixièmes de millimètre, à biseau court, montée sur une seringue de Luer de 10 à 20 centimètres cubes.

Certains médecins se servent indifféremment d'aiguilles en nickel où en acier : l'aiguille en platine quoique plus coûteuse doit cependant être préférée aux autres, à cause de sa stérilisation plus facile et plus rapide.

Un lien de caoutchouc et une pince hémostatique sont également nécessaires pour faire saillir les veines du bras. On s'assurera au préalable du bon fonctionnement de la seringue.

L'asepsie doit être rigoureuse. Aiguilles et seringue seront stérilisées à l'autoclave ou par l'ébullition. On aseptisera la peau du malade par l'application de teinture d'iode, puis d'alcool. L'opérateur se lavera soigneusement les mains et les désinfectera.

Ragiot est d'avis que la position à donner au malade à une grande importance : l'opération est facilitée si celui-ci est debout ; l'avant-bras en extension sur le bras, le membre supérieur légèrement tendu vers l'opérateur. Si le malade est pusillanime, pour éviter une syncope, il sera prudent de le faire allonger.

La prise de sang ne présente en elle-même aucune difficulté : elle consiste à prélever aseptiquement dans une veine du pli du coude, une certaine quantité de sang. On choisit de préférence la veine médiane céphalique, rendue visible et saillante par l'application du lien de caoutchouc modérément serré au-dessus du pli du coude est immobilisée par le coude gauche du médecin. Si le garrot constricteur est convenablement serré, sans interrompre la circulation artérielle, la pression du sang veineux suffit à faire refluer le piston : c'est ce qui se produit le plus souvent. Quelquefois, une légère aspiration peut être nécessaire.

Réinjection. — La réinjection se fait ordinairement dans les muscles de la fesse, profondément et au lieu d'élection. On utilise pour cela une longue aiguille à injections musculaires, de 6 à 7 centimètres.

Pendant que le malade se lève, on prend la nouvelle aiguille : on lave à l'alcool la région de la fesse que l'on va piquer et l'on introduit d'un coup sec l'aiguille en pleine masse musculaire, exactement comme pour une injection d'huile grise (Spillmann). On réinjecte ainsi le sang que l'on a soustrait.

On doit faire pénétrer le sang lentement pour éviter une distension trop brusque des tissus.

Avec cette technique, l'opération entière ne demande pas plus d'une minute.

L'injection intramusculaire est de beaucoup préférable à l'injection sous-cutanée, car elle n'est que rarement douloureuse et le volume du liquide introduit étant trop élevé pourrait produire de larges décollements cutanés. De plus, comme le fait remarquer G. Nicolas (de Lyon), il est possible que « les fibres musculaires traumatisées par l'irruption sanguine mettent en liberté des substances protéiques susceptibles de contribuer pour une part au choc curateur ».

Afin d'éviter la coagulation du sang, certains auteurs ont proposé l'emploi de substances anticoagulantes telles que le citrate de soude à 2 pour 100 et le novarsénobenzol à petites doses (2 centigr.) (Flandrin et Tzanck). Mais un peu d'habileté, une aiguille à ponction veineuse d'un fort calibre, et le fait de remplacer sans perdre de temps cette dernière par une aiguille à

injections intra-musculaires, évitent d'avoir recours à ce procédé qui prolonge la petite intervention.

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais eu recours à la méthode anticoagulante et nous n'avons cependant jamais observé d'accidents. L'injection étant faite dans les muscles, on comprend que même la pénétration d'un petit caillot au milieu de la masse du sang injecté n'aura pas un grand inconvénient, du moment que le sang, est aseptique : nous estimons donc que l'emploi d'un anticoagulant est complètement inutile.

Quelle quantité de sang doit-on employer ? — La quantité optima de sang à injecter à chaque injection varie suivant les auteurs.

Notre Maître, le professeur G. Bureau est d'avis que 5 centimètres suffisent chez l'adulte. Fauvet et Ragiôt pensent qu'il faut injecter 10 centimètres et que d'ailleurs la dose est assez peu importante. D'autres en injectent jusqu'à 15 ou 20 centimètres cubes.

Du reste, la majorité des expérimentateurs injectent de 5 à 10 centimètres cubes à chaque séance chez l'adulte et de 2 à 3 centimètres cubes chez l'enfant.

Intervalle des injections. — On doit attacher plus d'importance à l'intervalle séparant les piqûres : il est en général de trois à quatre jours (soit 2 injections par semaine). Mais d'après Nicolas, Gâté et Dupasquier, il faut quelquefois les rapprocher : lorsque le soulagement obtenu par l'injection ne dépasse pas deux à trois jours, il est préférable de pratiquer l'injection tous les deux jours et parfois même tous les jours.

Pour notre part, nous croyons qu'on obtient les meilleurs résultats si un malade reçoit une piqûre sous les deux jours (Obs. I, II, III, IV, V, VI, etc...)

Mais dans les cas, assez rares d'ailleurs, où il n'y a pas d'amélioration nette dès la première piqûre, il y a souvent avantage à faire des injections tous les jours (Obs. XVI *bis* XIX XIX).

Quel sera le nombre d'injections ? — Nous considérons que 3 ou 4 injections consécutives suffisent dans la majorité des cas (Obs. I, V, VI, X, XII, XIX). Parfois, nous avons trouvé une sédation nette de tous les symptômes à la première injection (Obs. IV, V, XV). Dans d'autres cas, nous avons ob-

tenu l'effet curatif dès la deuxième injection (Obs. VII, XIII). D'autre fois, enfin, 4, 5, et même 6 piqûres ont été nécessaires, les 3 premières ayant suffi pour amener une amélioration nette, les 2 ou 3 dernières étant faites pour « consolider le résultat » (Obs. II, IV, VIII, X, XIX).

De toutes façons, le nombre d'injections par série dépendra de la réaction de chaque malade, certains étant nettement améliorés dès la première injection, et dans ce cas, la guérison est en général rapide, d'autres présentant une amélioration, lente et progressive, retardée et parfois entrecoupée de rechûtes, certains enfin restant réfractaires et ne présentant aucune modification ni en bien, ni en mal, comme cela se produit si souvent dans ces névralgies post-zostériennes tardives et rebelles à tout traitement.

Dans tous les cas, on peut aller jusqu'à 6 ou 7 injections, et nous pensons avec Fauvet qu'il est tout à fait inutile de continuer le traitement si l'amélioration n'apparaît pas au bout de la sixième injection et si après ce chiffre elle est restée inefficace. Nicolas le pense aussi : « Chez de tels malades, il est inutile de dépasser 6 injections, mais il est nécessaire d'atteindre ce nombre, pour ne pas laisser échapper des cas où l'amélioration ne se produit pas d'emblée. »

Incidents et accidents. — L'autohémothérapie présente-t-elle des dangers et des inconvénients ? Ils sont vraiment exceptionnels et anodins : pour notre part nous n'en avons jamais observé. L'injection est d'ordinaire très bien supportée : quelquefois le malade accuse un peu de douleur au moment de l'introduction du sang, surtout lorsque la quantité dépasse 10 centimètres cubes. Cette douleur, en rapport avec le degré de distension des tissus, disparaît d'elle-même au bout d'une quinzaine de minutes. C'est donc là un incident sans importance.

D'après les auteurs, on peut parfois observer des réactions locales si l'injection est mal faite : si elle est trop superficielle, la peau peut se violacer.

Quant aux réactions générales, elles sont exceptionnelles : en tous cas, elles sont légères, passagères et rappellent de loin les réactions anaphylactiques.

Toutefois, Nicolas, Gâté et Dupasquier ont observé chez plusieurs malades des réactions assez marquées : élévation de température, arthralgies, douleurs lombaires, réaction générale avec céphalée. P. Moutier et J. Rachet classent ces accidents en 2 groupes :

Les premiers sont causés par les injections elles-mêmes, débutant soit quelques heures, soit quelques jours après la piqûre : du malaise, de légères poussées fébriles, de la courbature. Quelques accidents rappelant les réactions sériques surviennent souvent au bout de deux à quatre jours : arthralgies avec ou sans gonflement, érythème polymorphe, poussée fébrile, malaise, etc... Mais ces faits sont exceptionnels.

Les seconds se manifestent plus tardivement, quelques jours après la piqûre et sont constituées par des érythèmes variés, une légère ascension thermique, des nausées sans vomissements et parfois une nouvelle crise de l'affection qu'on s'efforçait de combattre : poussée violente d'urticaire, généralisation d'un eczéma. C'est souvent, nous l'avons dit, après la troisième ou quatrième injection que peuvent se montrer ces accidents qui sont très rares.

Moutier et Rachet ont encore signalé la syncope accompagnant ou suivant la piqûre, accident qui doit plutôt être mis sur le compte de l'impressionnabilité du sujet, survenant presque toujours chez des émotifs et qu'il sera facile d'éviter.

Ce qu'il faut retenir, c'est que ces accidents sont toujours bénins, qu'ils ne sont pas à redouter, qu'ils ont cédé rapidement. On peut au point de vue pratique ne pas en tenir compte, mais ils doivent être signalés afin qu'on ne soit pas surpris de leur apparition. Malgré leur possibilité, la méthode reste bénigne : on doit se rappeler seulement qu'on évitera ces accidents d'autant plus sûrement, que l'espace entre le prélèvement et l'injection sera plus court. Ce sont, au fond, les accidents de la sérothérapie, mais avec crise hémoclasique réduite au minimum.

M. Billard de son côté, traitant les cancéreux par l'autohémothérapie, a vu apparaître des phénomènes anaphylactiques (urticaire, migraine, arthralgies) après la cinquième injection sous-cutanée, « fait qu'il attribue au déséquilibre lipoidique des cancéreux ».

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais observé de semblables accidents. Chez tous les malades que nous avons vus traiter ou que nous avons traités nous-même, il ne s'est jamais produit, en dehors d'une légère et fugace douleur, la moindre réaction locale ni générale. Certains ont manifesté seulement une légère appréhension au moment de la piqûre.

Nous avons rapporté ces quelques cas publiés par les auteurs, pour mémoire seulement : mais jamais, et nous insistons sur ce point, nous n'avons été témoin du moindre incident : en particulier, dans le traitement du zona ; il n'a jamais été signalé de faits semblables.

C'est une méthode absolument inoffensive et nous sommes d'avis que le plus grave inconvénient réside dans la seule pusillanimité du sujet.

RÉSULTATS DE L'AUTOHÉMATHÉRAPIE DANS LE ZONA

En quelques mots, nous avons l'intention de tirer les conclusions pratiques des observations qui précèdent.

Toutes les observations que nous venons de publier, montrent que l'heureuse influence de l'autohémothérapie s'est faite sentir dans la plupart des cas.

Mais quelques remarques s'imposent dans l'interprétation des résultats de l'autohémothérapie dans le zona, et à ce propos, nous devons dire que tous les cas douloureux paraissent devoir être classés en deux catégories :

1° Les zonas aigus en pleine période d'évolution avec phénomènes éruptifs et douloureux intenses.

2° Les névralgies post-zostériennes, apparaissant un certain temps après l'éruption.

A la première catégorie, appartiennent les zonas aigus, avec douleurs vives et intolérables accompagnant ou précédant l'éruption, et qui sont justiciables du traitement par les injections. Dans ces cas, nous avons toujours enregistré des succès étonnants : dans ces zonas en pleine poussée évolutive avec névralgies violentes, pour lesquelles, la thérapeutique nouvelle est insuffisante, l'autohémothérapie modifie complètement la durée des lésions et des réactions (Prof. Spillmann et Bureau). Les phénomènes douloureux disparaissent presque immédiatement, l'évolution des lésions cutanées est écourtée ou enrayée : ces cas aigus sont le triomphe de l'autohémothérapie.

Sur la douleur, l'action est très manifeste. Chez tous les malades que nous avons traités ou dont nous rapportons l'histoire clinique, il y a eu presque toujours une atténuation

très marquée ou une disparition totale des phénomènes névralgiques dès la première piqûre (Obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, XI, XIV, XVI, XVI *bis*, XVI *ter*, XXI, XXIII). Pour ne prendre que quelques exemples parmi plusieurs, dans 2 observations (IV, VII), les malades en proie à une insomnie tenace jusqu'alors, s'endorment quelques heures après la première piqûre. Dans la première observation, la malade peut reposer la nuit qui suit l'injection initiale, ce qu'elle n'avait pu faire depuis le début de l'éruption. Constamment nous avons observé ce soulagement presque instantané.

Dans l'immense majorité des cas, 2 ou 3 injections ont suffi à calmer totalement les névralgies et à supprimer radicalement les symptômes généraux (Obs I, III, V, VI, VII, XI, XII, XIII, XIV XVI *ter*, XXI, XXII, XXIV, XXV, XXVI).

Dans d'autres cas plus rares, l'amélioration n'a été que de courte durée et n'a pas persisté après les 2 premières injections : les douleurs ont reparu, moins violentes toutefois, d'où la nécessité de quelques autres nouvelles piqûres, pour rendre le résultat définitif (Obs. II, IV, VIII, IX, X, XVI *bis*, XIX) Mais cela est exceptionnel, et en général, nous le répétons, il y a disparition des phénomènes douloureux après trois piqûres. Pour notre part, dans tous les zona aigus que nous avons traités, nous n'avons jamais dépassé le nombre de 4 à 5 injections d'autosang, sans obtenir un succès complet et durable.

Autre point capital et intéressant à noter : les malades traités par l'autohémothérapie dans la période aiguë de leur zona, ne présentent point ultérieurement de ces névralgies post-zostériennes tardives et rebelles à la plupart des traitements et aux injections de sang elle mêmes. Nous avons eu l'occasion de suivre quelques-uns de nos malades ; aucun d'eux n'a éprouvé ces accidents névralgiques à évolution chronique.

L'autohémothérapie agit-elle sur tous les symptômes avec une égale intensité ? Nous ne le pensons pas. Il nous semble qu'elle possède tout d'abord un maximum d'action sur les phénomènes douloureux du zona aigu. D'ailleurs, ce sont ces douleurs pénibles, résistant à tous les analgésiques habituels,

qui préoccupent le plus les malades. C'est pour le symptôme douleur qu'ils viennent consulter, c'est lui qui frappe leur psychisme ; et la variété des synonymes servant à désigner le zona s'accorde bien à souligner ce caractère cuisant des lésions (feu de Saint-Antoine, fièvre zoster, érysipelas zoster, etc).

Enfin, il faut remarquer que les douleurs du zona sont tout spécialement intenses chez les gens âgés : certains de nos malades ayant de 70 à 80 ans et dont les névralgies atteignaient une acuité extrême, ont toujours retiré un avantage immédiat et considérable de la méthode des injections de sang.

Quelle est l'action de l'autohémothérapie sur l'éruption ? Il est moins facile dans cette affection de se rendre compte de son influence sur les vésicules. En effet, l'éruption banale de zona guérit souvent avec le minimum d'intervention thérapeutique et il importe assez peu aux malades que les éléments éruptifs disparaissent dans le septième jour, au lieu du neuvième jour seulement. Evidemment, nous avons toujours constaté une amélioration assez rapide de l'éruption : les éléments se flétrissent et s'affaissent dès la première injection, les parois des vésicules se plissent et la résorption s'accélèrent rapidement (Obs V, VII, VIII, XIX, XXI, XXIV, XXV) ; mais c'est là un moins résultat net et qui impressionne beaucoup moins les malades que l'effet analgésique de la première piqure.

Cette action des injections de sang sur les vésicules, intéresse bien davantage le médecin dans une variété particulière de zona, le zona ophtalmique : on connaît ici la gravité particulière de l'éruption, à cause des lésions cornéennes si fréquentes et des leucomes consécutifs : le pronostic est singulièrement amélioré grâce à l'autohémothérapie (Obs. IV, XXVII) : la guérison des vésicules supprime tous les dangers de la kératite.

Pour nous résumer, nous dirons que les injections d'auto-sang ont un effet très rapide sur le symptôme douloureux du zona aigu, et qu'elle agit surtout sur le phénomène névralgique seul : mais il ne faut aussi pas perdre de vue son heureuse influence sur l'éruption qui tourne court dès le début du traitement.

Par l'extrême simplicité de sa technique, l'autohémothérapie mérite d'être largement employée. Elle est la plupart du temps

très facilement acceptée par les malades qui ne sont pas gênés dans leurs occupations. Ses dangers ou inconvénients sont presque inexistants : elle n'expose pas à des accidents anaphylactiques : tout au plus peut-on signaler quelquefois une légère douleur qui disparaît assez vite.

Il nous reste maintenant à parler des résultats obtenus dans le traitement des névralgies post-zostériennes rebelles, persistant le long des trajets nerveux et survenant souvent longtemps après l'éruption d'un zona non traité par l'autohémothérapie. Eh bien, ces névralgies chroniques post-zostériennes ne sont pas influencées par le traitement autohémothérapique, ainsi que le montrent deux de nos observations (XXII et XVIII). Dans ces cas on se heurte à des succès complets, et malgré un traitement long et répété (Obs. XVIII) : nous aurions pu en apporter d'autres preuves plus nombreuses, mais avec des résultats négatifs identiques.

Pour conclure, nous dirons donc que l'autohémothérapie ne constitue pas une panacée capable de guérir n'importe quel cas de zona douloureux : elle a une médication nette : le zona aigu, en pleine poussée évolutive, où elle donne des résultats véritablement merveilleux. Dans les névralgies post-zostériennes, survenant à des échéances plus ou moins longues, elle reste ingéssante et inefficace.

MODE D'ACTION DE L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

Nous arrivons, en dernier lieu, à la partie la plus délicate de notre travail, car, pour expliquer le mode d'action de l'auto-hémothérapie, encore entouré d'obscurités, nous en sommes réduits à des hypothèses : force nous est d'y recourir. Examinons donc les acquisitions faites en ces dernières années.

Pour Mayer et Lindser, Spiethof, c'était le sang lui-même par les anticorps qu'il contient qui amenait le succès thérapeutique.

Ravaut pensait que la résorption du sang injecté sous la peau obligeait l'organisme à mettre en œuvre des processus défensifs plus actifs et plus étendus. Il disait déjà dans sa première publication : « N'est-ce pas en stimulant les réactions organiques qu'ont pu agir efficacement les vésicatoires, les sétons, les abcès de fixation et qu'agissent à l'heure actuelle certains sérums non spécifiques ou certaines préparations colloïdales. »

Depuis lors, à la suite des travaux de Widal et de ses collaborateurs, de Kofaczewski et de Lumière, une conception nouvelle de certains phénomènes cliniques s'est fait jour, attribuant une place primordiale aux modifications purement physiques de l'équilibre de nos humeurs, aux troubles de l'état colloïdal. « Toutes les matières vivantes et la plupart des humeurs sont des colloïdes, répondant à un certain équilibre, presque individuel, pour le maintien duquel l'organisme lutte constamment. Constance de la composition chimique, maintien de l'équilibre colloïdal, sont les deux facteurs essentiels de la vie ».

Widal, depuis 1913, a montré que la pénétration dans un organisme sensibilisé de la substance déchaînante ne produit pas que des manifestations extérieures désignées sous le nom de choc anaphylactique, mais aussi des perturbations humorales qui les précèdent et qui ont une grande importance, bien qu'elles

demeurent cachées. C'est à ce trouble humoral que Widal a donné le nom de *crise hémoclasique*, expression d'un choc colloïdal.

De la constatation de ces phénomènes, Widal a conclu que certaines affections qui ont pour étiologie l'anaphylaxie, reconnaissent comme pathogénie la crise hémoclasique.

Le processus qui détermine cette crise est attribué par Widal « au brusque déséquilibre apporté à l'état des constituants du plasma sanguin » : en un mot c'est de la *colloïdoclasie*.

Ce mécanisme n'a pas été admis par tous les auteurs. Une autre théorie a été émise : c'est celle de la floculation (agglomération des micelles éparses dans le plasma). D'abord défendu par Kopaczewski, elle a été reprise par Lumière.

Kopaczewski la formule ainsi : « L'introduction de substances colloïdales déterminées dans le sérum d'un animal normal provoque une rupture d'équilibre colloïdal qui se traduit par une floculation micellaire. Il explique ainsi le choc anaphylactique et les divers chocs en clinique.

Lumière a considérablement étendu cette notion en la modifiant un peu. Dans son livre sur le *Rôle des colloïdes chez les êtres vivants*, il a mis en exergue ces deux phrases liminaires : « L'état colloïdal conditionne la vie. La floculation détermine la maladie et la mort ». Ce point de départ des maladies résiderait dans l'état de sensibilisation du sujet, état créé par le passage dans le milieu humoral de matériaux albuminoïdes étrangers à son organisme ; les accès seraient déterminés par pénétration secondaire d'une nouvelle quantité de ces mêmes albumines.

Les théories de Widal, Kopaczewski et Lumière envisagent donc trois conceptions physiques. Mais comme le dit l'un deux, « elles admettent toutes les trois un trouble brusque de l'équilibre colloïdal. L'accord, semble ainsi être fait sur le sens du processus qui régit les phénomènes de choc.

Il résulta de cette manière de voir que les malades chez lesquels on employa avec succès l'autohémothérapie et les méthodes analogues furent considérés comme sensibilisés et atteints des troubles de l'équilibre colloïdal. L'autohémothérapie serait un procédé de désensibilisation par anticolloïdoclasie : elle agi-

rait en provoquant un choc qui aurait pour conséquence de supprimer l'état de sensibilité du sujet vis-à-vis des substances nocives pour lui.

Ruby, dans sa thèse, admettant que l'auto-injection de sang produit un choc, pense qu'elle peut agir de trois façons :

1° En réparant l'équilibre colloïdal altéré, en provoquant un *choc de réparation*.

2° En protégeant l'organisme contre le choc colloïdoclasic en produisant ce que Widal a appelé une *crise anticipée* ou *choc de consolidation*.

3° En désensibilisant l'organisme, c'est-à-dire par antianaphylaxie.

En réalité, ces divers modes d'action sont tous dirigés contre le même trouble qui est le déséquilibre colloïdal.

Sensibilisation et désensibilisation

Les diverses théories qui ont paru au sujet du mode d'action de l'autohémothérapie sont donc toutes basées sur la sensibilisation et la désensibilisation, comme le montrent deux rapports récents de Ravaut et Spillmann au Congrès de dermatologie à Strasbourg.

Qu'entend-on actuellement par sensibilisation et désensibilisation en général ?

Depuis longtemps on a observé que les organismes sont loin de se comporter d'une manière identique en présence des mêmes agressions extérieures. Ce mode de réaction propre à chaque individu était désigné sous le nom d'*idiosyncrasie*, grâce à laquelle, en présence d'agents nocifs ou même indifférents, les uns présentent une intolérance plus ou moins marquée tandis que d'autres se montrent parfaitement résistants. Ces troubles étaient attribués à un processus chimique d'intoxication dû parfois à certaines insuffisances viscérales, hépatorenale en particulier, créant une véritable prédisposition morbide (Bouchard). C'est contre l'intoxication que la thérapeutique était avant tout dirigée.

Toutefois, il semble qu'à côté des troubles dûs à l'intoxication

il en est d'autres qui paraissent provoqués par le processus physique dont nous avons parlé précédemment, ce qui nécessiterait une thérapeutique tout à fait spéciale. Cette théorie des modifications de notre état humoral a été soutenue par Widal et ses collaborateurs.

A la base de tous ces travaux est la découverte de l'*anaphylaxie* par Richet en 1902 ; rappelons l'expérience initiale : à la suite de l'introduction dans un organisme d'une dose non nocive d'un corps étranger, peuvent apparaître dans l'organisme au lieu d'immunité, des modifications telles qu'une deuxième dose anodine, du même corps étranger, introduite à nouveau, provoque des manifestations brusques et de gravité très variable constituant le *choc anaphylactique* : il y a donc eu sensibilisation de l'animal d'expériences.

En 1903, d'autre part, Arthus montra que des injections sous-cutanées répétées de sérum de cheval au lapin pouvaient produire au point d'injection une réaction locale susceptible d'aller jusqu'à la gangrène : quant aux injections par voie veineuse, elles provoquaient des phénomènes généraux analogues au choc anaphylactique de Richet.

Il résulte des expériences de Richet et d'Arthus et des travaux sur le choc anaphylactique poursuivis par Widal et ses collaborateurs, Acharé, Nolf, etc..., que le choc se traduit quand il est net et complet :

1° Par des symptômes cliniques, d'allure subite et brutale et d'intensité variable, pouvant consister en phénomènes cutanéo-muqueux variés, troubles digestifs et généraux, troubles nerveux et parfois graves ;

2° Par des phénomènes huméraux, désignés sous le nom de crise vasculo-sanguine, ou hémoclasique ou encore colloïdo-clasique, caractérisée surtout par la chute rapide de la tension artérielle, la leucopénie avec inversion passagère de la formule leucocytaire et des troubles de la coagulation ; un aspect rutilant du sang : cette crise précède les troubles cliniques ;

3° Par une crise sympathique, mise en lumière par Tinel et Santenoix, qui ont insisté sur le rôle du vago-sympathique dans la production du choc.

Tels sont les faits expérimentaux nets et bien établis.

En pathologie humaine, ces faits sont plus complexes : c'est sur l'existence du choc humoral que Widal et ses élèves se sont basés pour rapporter à un mécanisme analogue à celui révélé par l'expérimentation, toute une série de troubles observés chez l'homme.

On peut se trouver en présence de deux grands groupes de faits :

1° Dans le premier groupe, les troubles observés peuvent être nettement rattachés au mécanisme de l'anaphylaxie expérimentale : c'est dans ce cas qu'on peut parler de sensibilisation proprement dite ;

2° Dans le deuxième groupe, on ne peut retrouver la trace d'une sensibilisation antérieure et cependant chez ces sujets peuvent survenir des troubles empruntant au groupe précédent son expression clinique et ses réactions humorales : il s'agirait d'*hypersensibilité* plutôt que de sensibilisation vraie. Ayant observé les mêmes phénomènes humoraux dans les deux cas, Widal pense qu'il s'agit d'une *diathèse colloïdale* qui fait que, dans le premier cas les sujets atteints de cette diathèse se « sensibiliseront » et ce sera l'anaphylaxie proprement dite ; dans le deuxième cas, en dehors de toute sensibilisation ces sujets restent des hypersensibles par suite d'un déséquilibre colloïdal permanent ou de fragilité spéciale de cet équilibre.

En réalité, si les phénomènes du premier groupe (anaphylaxie) paraissent tout à fait nets et acquis, ceux du deuxième groupe (hypersensibilité) peuvent être difficilement prouvés, et en particulier leur mécanisme, qui ne peut actuellement guère être démontré, a paru discutable et encore hypothétique à de nombreux auteurs.

Il n'en reste pas moins que des rapports étroits paraissent unir la sensibilisation anaphylactique et l'hypersensibilité.

Dès que ces notions furent acquises, et qu'il s'agisse d'anaphylaxie, de sensibilisation ou d'hypersensibilité, selon la classification de Darier et Flandin, une thérapeutique de *désensibilisation* fut tentée par de nombreux auteurs, à l'aide de procédés multiples. Ces procédés ont, en principe, pour but de tâcher de remédier aux troubles de l'état humoral, c'est-à-dire de lutter contre l'anaphylaxie si l'organisme est sensibilisé, ou

de consolider, d'assurer l'équilibre colloïdal altéré, dans le cas d'hypersensibilité simple.

Ces divers procédés peuvent être classés en deux groupes :

Les procédés de désensibilisation spécifique qu'on peut mettre en œuvre quand on connaît l'antigène ou substance sensibilisante, ont pour base la remarquable expérience de Besredka, qui montra qu'une injection préalable d'une très faible dose de l'antigène nocif, d'une part empêche la production de choc quand on injecte la grosse dose qui le détermine habituellement, et d'autre part fait disparaître l'état d'anaphylaxie et met à l'avenir le sujet à l'abri des chocs (désensibilisation). On admet actuellement ces faits de désensibilisation que Pagniez, Valléry-Radot et d'autres auteurs ont appliqués à de nombreuses substances alimentaires (œufs, homard) et médicamenteuses (antipyrine, émétine).

Les procédés de désensibilisation non spécifique sont beaucoup plus discutables. Ils sont basés sur les faits que chez l'animal on peut empêcher la production des phénomènes du choc, en employant comme injection préalable d'autres corps que celui qui a sensibilisé l'animal : l'injection préalable de sérum empêchant le choc par le lait, celle de peptone empêchant le choc sérique. Cette méthode a été tentée en pathologie humaine, et on a constaté qu'une foule de substances protéiques, des composés colloïdaux, des cristalloïdes, avaient la propriété d'empêcher le choc de se produire. Et on les considéra comme des désensibilisants en général.

C'est au groupe des procédés de désensibilisation non spécifique que de nombreux auteurs identifient ou rattachent l'auto-hémothérapie sans qu'il soit possible à l'heure actuelle de définir son action d'une façon précise.

Il en résulte que cette méthode doit trouver son indication précise dans les maladies attribuées à des sensibilisations : il n'est donc pas douteux que l'urticaire est une maladie au cours de laquelle il a été possible de prouver le plus souvent la désensibilisation ; chez de nombreux malades, l'urticaire figure fréquemment, au titre de manifestation cutanée, parmi les symptômes du choc anaphylactique ; c'est donc bien la dermatose qui

devra le plus bénéficier de la médication désensibilisante telle que l'autohémothérapie.

A côté de l'urticaire, rangeons certains prurits, qui par leurs caractères cliniques, les réactions humorales qui les accompagnent et surtout par les résultats obtenus méritent cette place.

Dans l'eczéma la sensibilisation paraît très vraisemblable.

Mais il existe d'autres cas de lésions cutanées en rapport plus ou moins nettement défini avec des états infectieux où il ne peut s'agir seulement de sensibilisation et de désensibilisation et où l'autohémothérapie donne des résultats surprenants : d'abord le zona, puis la furonculose et l'herpès.

On ne peut pas plus attribuer à l'autohémothérapie le mécanisme exclusif du choc dans la furonculose et le zona dont elle constitue le traitement de choix.

Nous pensons qu'elle agit d'une autre manière, beaucoup plus complexe.

Déductions d'ordre pratique concernant l'action de l'autohémothérapie dans le zona

Par quel mécanisme agit l'autohémothérapie dans le zona ? Question pleine de mystère qui a laissé le champ libre à de multiples hypothèses.

On a dit que l'autohémothérapie pouvait être considérée comme une variété de protéinothérapie ; elle équivaldrait à une inoculation répétée d'albumines hétérogènes. Cette hypothèse, très vraisemblable pour l'autosérothérapie, l'est beaucoup moins pour l'autohémothérapie ; le sang, entre le moment où il est soustrait de la veine et le moment où il est réinjecté ne subit pas assez de modification pour devenir étranger à l'organisme.

D'autre part, l'injection de ces produits hétérogènes est suivie de manifestations cliniques extérieures (principalement de fièvre) et de modifications hématologiques intérieures. Or, l'injection de sang elle, ne se traduit par aucun symptôme appréciable : nous n'avons jamais constaté d'élévation de température. Au point de vue hématologique seul, on a cherché à déceler la crise hémoclasique, décrite par Widal. Nous savons

que cette crise se caractérise par divers troubles dont les plus importants sont les suivants : hypotension artérielle, modifications de la coagulabilité, leucopénie qui est le phénomène le plus apparent et qu'on a le plus recherché.

Pour découvrir cette réaction leucocytaire, comme l'ont indiqué Moutier et Rachet, « il convient de noter la nécessité formelle de pratiquer l'étude de la formule hématologique dix minutes après l'injection, délai optimum. Sur 15 malades, nous avons observé le groupement classique : chute de la pression et leucopénie chez 11 malades. La leucopénie semble parallèle à l'hypotension : elle est suivie d'une leucocytose, voire d'une hyperleucocytose dans l'heure qui suit. »

Quelque temps après, ces mêmes auteurs ont recherché le syndrome hémoclasique, après application de ventouses sèches et ont noté 5 cas de choc positif sur 9 examens. Dans tous les cas, une hyperleucocytose tardive a été constatée. « Il ressort de cette étude que les réactions par ventouses et par auto-injections sanguines se trouvent être analogues, dans le sens de la leuco-excitation. Peut être est-ce dans cette hyperleucocytose qu'il faut rechercher et admettre l'explication thérapeutique des ventouses sèches. »

Ces résultats sont tout à fait comparables à ceux qu'ont obtenus Ruby et Fauvet.

Nous n'avons jamais pratiqué cette numération des globules blancs, pour la simple raison que ces faits ne sont guère probants. Il faut en effet être très prudent dans l'interprétation d'une formule leucocytaire et, comme le dit Tinel, il faut « penser toujours à l'influence possible d'actions purement mécaniques ou nerveuses. De même Maurice et Cabouat : « Le polymorphisme, la fréquence, la brusquerie des variations leucocytaires à l'état normal doivent nous rendre très réservés dans leur interprétation. Et quand on les constate au cours des recherches biologiques, il faut être très circonspect pour leur attribuer un caractère spécifique, et bien se garder de toujours les rapporter à l'expérience en cours. »

P. Schiff a pu montrer par exemple, que les piqûres successives d'un même doigt provoquent par sommation douloureuse une chute leucocytaire qui peut aller de 7.500 à 3.100. Tout

récemment même Le Calvé a décrit une crise vasculo-sanguine par ligature d'un membre. Les modifications du sang constatées en pareil cas n'ont rien de spécifique : ce sont celles qu'on observe, d'une façon générale après introduction de tout élément étranger dans l'économie.

Nicolas admet bien que l'autohémothérapie agit par choc, mais il ajoute : « Cette question appelle de toute évidence de nouvelles recherches ».

Fauvet déclare qu'elle ne paraît pas provoquer de choc hémoclasique.

Si excellent que soit ce terme de « choc » il n'est cependant point parfait. Mais, à coup sûr, il a l'inestimable avantage d'être expressif et de traduire exactement l'allure brutale et cataclysmique des phénomènes qu'on attribue à ce bouleversement cellulaire. Quoiqu'il en soit la question reste pendante, et comme le dit spirituellement M. Millian, « nulle oreille n'a encore entendu le fracas de ce choc dans nos capillaires ».

Sans doute il y aura lieu de poursuivre et de répéter les examens du sang : mais si des modifications se produisent dans l'équilibre sanguin, elles ne peuvent être que légères. Dans tous les cas, le choc qui suit une injection de sang est tout à fait réduit au minimum et ne suffit pas à lui tout seul à rendre compte des bons résultats obtenus.

Citons cette opinion de Raspiller : « Il nous semble que l'autohémothérapie pourrait avoir une action comparable à celle de la peptone. Mais, fait important, il ne s'agit plus de l'introduction dans l'organisme des substances albuminoïdes étrangères : ce sont les propres albumines du sujet qui entrent en jeu, les albumines du sérum et celles des globules, mises en liberté après la destruction qui suit leur injection. Ces albumines étant autogènes, déterminent un choc hémoclasique minimum : ce serait en somme un procédé de sensibilisation par l'autoproteinothérapie ».

Spillmann, Fauvet, Ragiot, ne croient pas à l'action du choc hémoclasique seul. Pour eux, le sang paraît agir par son albumine, par ses éléments figurés et par des antigènes hypothédiques, enfin, par les globules blancs qui, une fois morts, déversent des ferments innombrables dans le torrent circulatoire.

Autres modes d'action de l'autohémothérapie dans le zona

Les théories précédentes qui attribuent à l'autohémothérapie une action désensibilisante, ne suffisent pas à expliquer son mode d'action dans certaines dermatoses à étiologie complexe comme le zona, la furonculose.

Dans ces affections d'origine microbienne ou infectieuse, il vient plutôt à l'esprit d'essayer de chercher une influence directe sur l'agent causal microbien déterminé ou inconnu.

Or il paraît démontré que l'autohémothérapie n'agit pas dans la furonculose par un phénomène de vaccination. Nicolas et ses élèves ont injecté à un furoncleux du sang prélevé sur l'un d'eux qui n'avait jamais présenté aucune furonculose : en quelques injections le malade fut guéri. « Il était d'ailleurs illogique d'admettre que le sang des furoncleux possédât des propriétés vaccinales contre le staphylocoque ; car s'il en était ainsi, les malades devraient se guérir spontanément et ce n'est point le fait de leur réinjecter leur propre sang qui réaliserait ce qu'ils n'ont pu faire eux-mêmes ». Quant à un autre mode d'action ces auteurs n'en parlent pas.

Il est assez vraisemblable que cela se passerait absolument de la même façon dans une affection à germe inconnu comme le zona.

Il nous semble qu'on peut trouver une explication beaucoup plus rationnelle et satisfaisante du côté des globules blancs, dans l'hyperleucocytose.

Spillmann et Bruntz, dans des recherches « sur le rôle éliminateur des leucocytes, ont montré que, » aussitôt après une injection de carmin ammoniacal, par exemple, on constate que le nombre des globules blancs circulant dans le sang périphérique diminue rapidement et progressivement pendant un certain temps : c'est le premier stade d'hypoleucocytose. Après avoir atteint un chiffre minimum, le chiffre des globules augmente insensiblement et dépasse ensuite le nombre primitif : c'est le second stade d'hyperleucocytose. Pendant le 1^{er} stade

les globules chargées de matières colorantes se rassemblent dans le foie, la rate, les poumons, les reins». Ces auteurs pensent que « l'hyperleucocytose tient à ce que les globules, après, avoir abandonné les produits dont ils étaient chargés, rentrent dans la circulation générale, accompagnés de globules néoformés dont le but est d'achever le travail d'élimination.

Widal a démontré que la leucopénie du choc hémoclasique n'était « qu'une leucopénie relative, régionale, avec une hyperleucocytose centrale de compensation ».

Cette hyperleucocytose secondaire a été signalée par de nombreux expérimentateurs, à la suite de l'introduction de toutes sortes de substances dans l'organisme. Mattei dit que « au cours de l'autohémothérapie, il y a dans tous les cas hyperleucocytose absolue au point de vue quantitatif ».

Moutier et Rachet, nous l'avons vu, ont noté une hyperleucocytose dans l'heure qui suit l'injection.

Gastou, Pontoiseau, et Dutrey ont étudié en détail, les effets des auto-injections de sang : ils ont montré en particulier que les globules rouges sont peu influencés. On leur trouve après comme avant l'injection les mêmes caractères. La lymphocytose est au contraire vraiment augmentée et cela d'une manière constante dans tous les cas.

Comme le dit Lœper : « Si le leucocyte est un agent utile, il y a naturellement un gros intérêt à en exciter la production. » Il semble donc que l'autohémothérapie soit une variété des médications leucogènes : elle augmente le nombre des globules blancs : elle exagère vraisemblablement leurs propriétés, notamment leur pouvoir phagocytaire : elle éveille des réactions de défense et provoque le développement ou l'adaptation des ferments destructeurs.

Lamy a constaté que chez les cancéreux traités et provisoirement améliorés par l'autohémothérapie, les accidents et surtout la cachexie, s'accéléraient brusquement et considérablement du jour où on cessait le traitement.

En somme, l'organisme engendre à la suite de l'injection de sang, comme d'ailleurs envers toute effraction de son intimité, une réaction de défense : il réagit par un processus irritatif, une stimulation de toutes les cellules et de tous les liquides qui con-

cernent à sa production et particulièrement des organes hématopoïétiques. C'est peut-être même en cela que se borne l'action de l'autohémothérapie.

Comme on le voit, il nous est impossible de saisir pour le moment le mécanisme intime de l'autohémothérapie : son action thérapeutique indéniable ne reconnaît certainement pas un mode d'action univoque.

La connaissance de l'anaphylaxie, de la colloïdoclasie a projeté une certaine lumière dans le domaine de l'idiosyncrasie, de la prédisposition, du terrain, mais bien des points restent encore à élucider. La découverte de la lymphocytose que détermine l'autohémothérapie semble nous donner la clef d'une des parties du problème. Cette question touche à des phénomènes mystérieux que l'on commence simplement à interpréter.

CONCLUSIONS

1° L'autohémothérapie est d'une technique simple, à la portée de tous les praticiens : c'est une méthode inoffensive, efficace, qui a déjà à son actif de nombreux succès. Elle mérite d'être largement employée.

2° Elle a une action remarquable dans tous les cas de zona aigu, en pleine poussée évolutive. Le phénomène douloureux est toujours heureusement influencé. Les douleurs névralgiques peuvent disparaître rapidement ou être supprimées radicalement par la première piqûre : quelquefois, trois injections d'autosang sont nécessaires pour amener leur cessation complète. Ce résultat sur l'élément douleur est toujours très net.

3° L'évolution des lésions et des réactions est complètement modifiée : l'action sur l'élément vésiculeux est évidemment moins certaine et moins marquée, mais la durée de l'éruption semble toujours écourtée ou enrayée.

4° Dans le zona ophtalmique, les injections de sang améliorent considérablement le pronostic en supprimant ou en diminuant tout au moins les dangers de la kératite. La régression des lésions cornéennes, quand elles existent, est toujours rapide.

5° Dans les névralgies chroniques, post-zostériennes, l'autohémothérapie n'a que peu d'action.

6° Les malades traités par l'autohémothérapie en pleine période aiguë, ne présentent point ultérieurement de ces névralgies chroniques tardives et rebelles.

7° D'après les conceptions actuelles, on peut rapprocher l'autohémothérapie des méthodes de sensibilisation non spécifique : elle détermine un choc hémoclasique réduit au minimum. Dans le zona, elle paraît plutôt développer un état défensif de notre organisme. En stimulant en tous cas les diverses proprié-

tés de nos cellules, notamment la leucocytose, peut-être sollicite-t-elle d'autres réactions de défense favorables.

8. En résumé, l'autohémothérapie est une méthode qui réalise un grand progrès dans le traitement du zona aigu, et, comme le but suprême de l'art médical est la guérison des malades, nous devons l'utiliser toujours, même si nous ne saisissons pas exactement son mécanisme intime.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER

Vu : *Le Président de la Thèse,*
JEANSELME

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ARTHUS. — De l'anaphylaxie à l'immunité. Masson, 1921.
- ARTAUD DE VEVEY. — L'autohémothérapie dans quelques dermatoses. *Monde médical*, 1^{er} novembre 1922, n° 613, p. 699.
- BESREDKA. — Anaphylaxie et antianaphylaxie, Masson, 1917.
- CASTAIGNE ET PAILLARD. — L'autohémothérapie dans les affections cutanées. *Journal médical français*, 1913, p. 306.
- CHEINISSE. — L'autosérothérapie et l'autohémothérapie dans les dermatoses. *Presse médicale*, 30 avril 1921, f. 545.
- DARIER (J.). — Introduction au traité de pathologie médicale de Sergent. Paris, 1923.
- DARIER ET FLANDIN. — La prédisposition dans les dermatoses. *Bulletin médical*, 24-27 janvier 1924, p. 92.
- DAVIS. — Therapeutic value of injections of whole blood. *Boston M. et S. J.*, 1915, p. 693.
- DESCARPENTRIES. — Les injections d'autosang hémolysé en chirurgie générale. Société de médecine du Nord, 26 mai 1922, XXXI^e Congrès français de chirurgie. Paris, 2-7 octobre 1922.
- DROUET ET VERNIER. — Zona ophtalmique et autohémothérapie. Réunion dermatologique de Nancy, 12 mai 1923.
- DUMOLLARD. — Etude critique de l'autohémothérapie en dermatologie. Thèse de Lyon, 1923.
- ENGMANN ET WANDER. — L'application de la sensibilisation cutanée aux affections de la peau. *Arch. of dermatology*, Chicago, mars 1921.
- FAUVET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie, et particulièrement dans la furonculose. Paris, thèse médicale, 1922, n° 15.
- FLANDIN ET TZANCK. — L'autoplasmothérapie désensibilisatrice. *Bulletin médical* 7-10 septembre 1921, p. 725.
- FOUQUET. — L'autosérothérapie dans les affections cutanées. *Journal de médecine internationale*, 1914, p. 16.

1. Le nombre des publications sur ce sujet étant considérable, nous n'avons pas la prétention de les avoir toutes lues.

Nous nous bornerons à ne citer dans cet index que les articles que nous avons consultés avec profit.

- GASTOU, PONTOISEAU ET DUTREY. — L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses. Contribution à l'étude de l'opothérapie sanguine. Société de médecine de Paris, 24 juin 1922.
- GATÉ ET DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en dermatologie. *Journ. méd. Lyon*, mai 1922.
- GOLAY. — Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1922.
- HEUCK. — Erfahrungen über Behandlung Hautkranken mit Menschenserum. *Münchener Med. Woch.*, 26 nov. 1912, tome II, p. 2608.
- KOPACZEWSKI. — L'anaphylaxie et la toxicité par contact. Paris, thèse méd., 1920-1921, n° 36.
- LAUMONIER. — De l'anaphylaxie. *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1921, n° 2, p. 25.
- L'antianaphylaxie. *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1921, n° 6, p. 89.
- LAUZE. — L'autohémothérapie dans les maladies infectieuses à forme traitante. Société de médecine des hôpitaux de Paris, 31 mars 1922, p. 538.
- LINSER. — Über die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten mit normalen, menschlichen Serum. *Dermatologische Woch.*, 30 mars 1912, p. 365.
- LOEPER. — Les réactions leucocytaires. *Progrès médical*, 25 janvier 1920, p. 37.
- LOUSTE, THIBAUT ET BARBIER. — Autohémothérapie dans les dermatoses. *Journal médical français*, octobre 1923.
- LUMIÈRE. — Rôle des colloïdes chez les êtres vivants. Masson, 1921.
- Choc anaphylactique et colloïdoclarie. *Presse médicale*, 3 décembre 1921, p. 960.
- Etat colloïdal et anaphylaxie. *Journal médical français*, mars 1922.
- LYON. — Auto et hétérosérothérapie. Auto et hétérohémothérapie. *Bulletin médical*, 11-14 avril 1923.
- MATTEI. — Modifications leucocytaires au cours de l'autohémothérapie. Société de biologie, 26 juin 1913.
- MAYER ET LINSER. — Ein Versuch Schwangerschaftstoxicosendurch Einspritzungen von Schwangerschaftsserum zu heilen. *Munchener med. Wochenschrift*, 27 décembre 1911, n° 52.
- MILIAN. — L'hétérothérapie. Société médicale des hôpitaux, 20 octobre 1922.
- MONNIÉ (P. L.). — De l'autohémothérapie en dermatologie et particulièrement dans l'urticaire et les prurits. Thèse de Bordeaux, 1924.
- MOUTIER ET RACHET. — Syndrome hémoclasique et autohémothérapie. Société de biologie, 13 janvier 1923, p. 21.
- Incidents et accidents de l'autohémothérapie. *Presse médicale*, 15 août 1913.

- NICOLAS GATÉ ET DUPASQUIER. — Réactions cliniques dans l'autohémothérapie de quelques dermatoses. Société de biologie, 28 novembre 1921, p. 1036.
- Considérations sur l'autohémothérapie en dermatologie. I^{er} Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. Paris, Hôpital Saint-Louis, 6, 7, 8 juin 1922. Masson, 1923.
- L'autohémothérapie en dermatologie. *La Médecine*, novembre 1922, p. 147.
- Sur certaines réactions cliniques dans l'autohémothérapie. Société de biologie, 1923, p. 211.
- Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses, réactions de type sérique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1922, n° 4.
- PAGNIEZ. — L'antianaphylaxie, ses applications cliniques et thérapeutiques. *Journal médical français*, mars 1922.
- PAILLARD. — La protéinothérapie. *Progrès médical*, février 1920.
- Travaux récents sur l'autohémothérapie. *Progrès médical*, 1923.
- PARISOT ET SIMONIN. — Deux cas de zona traités par l'autohémothérapie Réunion dermatologique de Nancy, 12 mai 1923.
- PASTEUR ET ROUX. — Protéinothérapie et autosérothérapie. *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1887.
- PETIT (Paul-J.). — Sclérite à répétition. Guérison apparente par l'autohémothérapie désensibilisatrice. *Annales d'oculistique*, septembre 1922.]
- PONTOISEAU ET DUTREY. — L'autohémothérapie dans les maladies cutanées. Société de médecine de Paris, 24 juin 1922.
- PRAETORIUS. — Pemphigus malignus durch einmalige intraveinöse Blutinjektion geheilt. *Münchener Woch. Méd.*, 22 avril 1913.
- RAMOND. — L'autohémothérapie dans les maladies infectieuses à forme trainante. Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 avril 1922 p. 578.
- RASPILLER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans les dermatoses. Thèse de Nancy, juin 1923.
- RAVAUT. — Essais sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1913, p. 292.
- Autohémothérapie. *Presse médicale*, 7 octobre 1922, [répertoire de médecine pratique.
- L'importance des traitements internes en dermatologie. *Presse médicale*, 28 janvier 1920.
- Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées. Congrès de Strasbourg, 1923.
- RICHTER. — L'anaphylaxie, 1 volume 1914. Alcan, éditeur, Paris.
- RUBY. — Essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. Thèse méd. Lyon, 1921-1922, n° 2.
- SABRAZÈS ET BONNIN. — Isosérohémothérapie. *Paris médical*, 1912.

- SICARD. — De l'emploi de l'autohémothérapie en médecine. Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 novembre 1922.
- SICARD (J.). — Autohémothérapie et homohémothérapie. *Marseille médical*, 1^{er} mai 1918.
- SICARD ET GUTTMANN. — A propos de l'autohémothérapie. Soc. méd. des hôpitaux, 28 avril 1922.
- SPIETHOFF. — Zur therapeutische Verwendung des Eigensérums. *Münchener Med. Woch.*, 11 mars 1913, p. 521.
- Zur Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut. *Med. Klin. Berlin*, 1913, p. 949.
- Methode und Wirkung der Eigenserum und Eigenblutbehandlung. *Med. Klin. Berlin*, 1916, p. 1845.
- Zur Methode der Eigenblutbehandlung. *Med. Klin. Berlin*, 1916, p. 1223.
- SPILLMANN ET BRUNTZ. — Sur le rôle éliminateur des leucocytes. *Adad. des Sciences*, 16 et 30 janvier 1911.
- SPILLMANN. — L'autohémothérapie dans le zona. *La vie médicale*, n° 44, 7 décembre 1923.
- Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées. Congrès de Strasbourg, 1923.
- SPILLMANN ET RASPILLER. — L'autohémothérapie dans le zona. Réunion dermatologique de Nancy, 12 mai 1923.
- TINET ET SANTENOISE. — Vago-sympathique et choc anaphylactique. *Journal méd. français*, mars 1922, p. 106.
- VAUDESCAL. — Vomissements incoercibles et autohémothérapie. Soc. d'obst. et gynéc., 13 févr. 1922.
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD. — A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques. Soc. méd. des hôp. de Paris, 12 juin 1914.
- Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie. *Presse médicale*, 3 avril 1920, p. 181.
- WIDAL, ABRAMI ET LERMOYEZ. — Anaphylaxie et idiosyncrasie. *Presse médicale*, 4 mars 1922, p. 182.
- WIDAL, ABRAMI ET P. VALLERY-RADOT. — L'anti-anaphylaxie. XV^e Congrès français de médecine, Strasbourg, in *Presse médicale*, 1^{er} octobre 1921, p. 781.
- YTHIER. — Etude sur l'interprétation de l'épreuve de l'hémoclasie digestive en clinique. Montpellier. Thèse méd. 1920, n° 153.

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

